様式第11号(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 担当者 | 受付 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 伺 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 決裁 | 　　　　　年　　月　　日 |

子ども医療費受給資格内容等変更届

　　　　　燕市長　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

(届出日現在の)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 　燕市電話(　　　　　　　　　　　　　　) | 受給者氏名 | ㊞　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 子ども氏名 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 | 　 | 子ども生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |

（注）記名押印に代えて署名することができます。

次のとおり、登録内容に変更が生じたため届け出ます。

加入医療保険資格情報について、燕市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更した項目の□内にレ印を付けてください | 変更前 | 変更後 |
| □ | 住所 | 　燕市 | 上記受給者の住所と同じ |
| □ | 受給者氏名 | 　 | 子どもとの続柄 | 上記受給者の氏名と同じ | 子どもとの続柄 |
| □ | 子ども氏名 | 　 | 上記子どもの氏名と同じ |
| * 加入保険
 | 加入者名(組合員／世帯主) | 　 | 　 |
| 記号・番号 | 　 | 　 |
| 保険者名(保険の種類) | 　 | 　 |
| 資格認定日(被扶養の認定日) | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 標準負担額減額認定証の有無 | 有・無　(有効期限：　　　　　　年　　月　　日) |
| □ | その他 |  |

≪送付先変更依頼≫

|  |  |
| --- | --- |
| 子ども医療費助成に関して、市からの案内や通知類については、右欄に記載した宛先に送付してください。 | 〒 |
| 送付先を変更する理由 | 　 |
| 送付先を変更する期間 |  　　　年　　　月　　　日から　 　　　年　　　月　　　日まで |