別記様式第9号(第8条関係)

子ども医療費受給資格変更届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 子ども氏名 | 　 | 受給者番号 |  |
| 生年月日 |  |
| 子ども氏名 | 　  | 受給者番号 |  |
| 生年月日 |  |
| 子ども氏名 |  | 受給者番号 |  |
| 生年月日 |  |
| 変更事項 | □加入保険　　□住所　　□受給者　　□振込口座　　□その他 |
| 変更年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 区分 | 新 | 旧 |
| 加入保険 | 記号 | 　 | 番号 | 　 | 記号 | 　 | 番号 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 | 被保険者氏名 | 　 |
| 保険者番号 | 　 | 保険者番号 | 　 |
| 保険者名 | 　 | 保険者名 | 　 |
| 住所 | 菊陽町 | 菊陽町 |
| 受給者 | 氏名 | 　 | 氏名 | 　 |
| その他 | 　 | 　　　 |
| 振込指定口座 | 金融機関 | 銀行信用金庫信用組合農協 | 本店支店出張所支所 |
| 預金種別 | 普通 | 口座番号 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義 |  |
| 　菊陽町長　様上記のとおり、変更になりましたので届けます。　　　　年　　　月　　　日住所　　菊陽町　　　　　　　　　受給者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(保護者)　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　 |