

様式第9 その1（第11条関係）

子ども医療費受給資格変更届

年 月 日

（宛 先）小牧市長

届出者 住 所

（受給者）氏 名

電 話 番

次のとおり変更しましたので届け出ます。

子 ど も	受 給 者 番 号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏 名			
	個 人 番 号			
区 分 変更事項		新	旧	変 更 年 月 日
受 給 者	住 所			年 月 日
	氏 名			年 月 日
子 ど も	住 所			年 月 日
	氏 名			年 月 日
加 入 医 療 保 険	記 号 番 号			年 月 日
	保 険 者 名			
	保 険 者 番 号			
	被保険者氏名 (受給者との続柄)			
	被保険者の住所			
	附 加 給 付	有 ・ 無	有 ・ 無	

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

受付			受給者証	回収・未回収
----	--	--	------	--------