

受付年月日 令和 . .

# ㊦ 子どもはぐくみ医療費受給に関する変更届出書

記入例

令和 ○年 ○月 ○日

吉野川市長 様

(届出人) 住所 吉野川市鴨島町鴨島115番地1

氏名 吉野川 太郎 ㊦

電話番号 ○○○-○○○○-○○○○

子どもはぐくみ医療費受給について、子どもはぐくみ医療費の助成に関する条例施行規則第9条の規定に基づき

受給者の氏名
対象子どもの氏名
住所
加入保険名

の変更を届けます。

該当するものに  
○をしてください。

受給者	住所	吉野川市鴨島町鴨島115番地1		
	氏名	吉野川 太郎		
	生年月日	昭和	平成	○○年 ○月 ○日
子ども	氏名	吉野川 螢	生年月日	平成 ○年 ○月 ○日
	氏名	吉野川 悠	生年月日	令和 ○年 ○月 ○日
	氏名		生年月日	年 月 日
	氏名		生年月日	年 月 日
加入医療保険	(組合員)名	<p>こちらは記入不要です。</p> <p>●加入保険名変更の時 新しい保険証の写し添付(子ども分のみ)</p>		
	記号番号			
	保険者名			
	変更年月日			

注 受給者証等記載事項の変更の場合については、子どもはぐくみ医療費受給者証等を添付してください。なお、変更のない事項は記入の必要はありません。  
子どもの欄には、対象子どもの情報を記入してください。