

別記様式第9号(第9条関係)

子ども医療費助成金受給資格内容変更届

令和 年 月 日

倶知安町長 様

保護者 住所

氏名

電話番号

子ども医療費助成金の受給資格の内容に次のとおり変更があったので届け出ます。

変更の内容										受給者番号
受給資格者	氏名	新								変更日 令和 年 月 日
		旧								
	住所	新	倶知安町							
		旧								
対象子ども	氏名	新								備考
		旧								
	住所	新	倶知安町							
		旧								
加入医療保険	新	保険者番号								
		名称								
		記号番号								
		被保険者氏名								
	旧	保険者番号								
		名称								
		記号番号								
		被保険者氏名								
※決定欄	課長		室長		係長		係		決定年月日	令和 年 月 日
	上記の届出により次のとおり決定する。									
	受給者証 <input type="checkbox"/> 回収 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 交付 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 電算									

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。