

子ども医療費助成金受給資格者登録事項変更届

㊦

年 月 日

届出者 住所
氏名

龍郷町長 殿

受給資格者証番号					
受 給 資 格 者		氏 名		男・女	
		住 所			
子 ど も	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	住 所	性 別	受給資格者 との続柄
	1	・ ・		男・女	
	2	・ ・		男・女	
	3	・ ・		男・女	
	4	・ ・		男・女	
	5	・ ・		男・女	
変 更 内 容					
変 更 事 項	変 更 年 月 日	変 更 後	変 更 前		

届出者が受給資格者 と異なっているとき はその事情	
---------------------------------	--

- 注 1 受給資格者が変わるときには、新受給資格者が子どもを監護する者となったことが確認できる資料を添えること。
- 2 記名押印に代えて署名することができる。