

# 子ども医療費受給資格内容変更届

安 城 市 長

注意 1 太枠の中のみ記入してください。  
 2 のところは、該当するものに✓印を付けてください。

届出日 令和 ○ 年 月 × 日

|                                           |                  |                     |         |  |  |                |                   |                         |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|------------------|---------------------|---------|--|--|----------------|-------------------|-------------------------|--|--|--|--|
| 届出者<br>保護者                                | 住 所              | 安城市桜町 1 8 番 2 3 号   |         |  |  |                |                   |                         |  |  |  |  |
|                                           | 氏 名              | 安城 太郎               |         |  |  |                | 電 話               | 0 5 6 6 - 7 1 - 2 2 3 2 |  |  |  |  |
| 区 分                                       |                  | 変 更 後               |         |  |  |                | 変 更 前             |                         |  |  |  |  |
| 受 給 者 番 号                                 |                  | 3 1 3 × × × × × × × |         |  |  |                | (斜線)              |                         |  |  |  |  |
| 子<br>ど<br>も                               | 住 所              | 安城市桜町 1 8 番 2 3 号   |         |  |  |                | 安城市御幸本町 5 0 4 - 1 |                         |  |  |  |  |
|                                           | 氏 名              | 安城 花子               |         |  |  |                |                   |                         |  |  |  |  |
| 保<br>護<br>者                               | 住 所              | 届出者に同じ              |         |  |  |                |                   |                         |  |  |  |  |
|                                           | 氏 名              | 届出者に同じ              |         |  |  |                |                   |                         |  |  |  |  |
| 医<br>療<br>保<br>険<br>の<br>加<br>入<br>状<br>況 | 記 号 ・ 番 号        |                     |         |  |  |                |                   |                         |  |  |  |  |
|                                           | 保<br>険<br>者      | 名 称                 |         |  |  |                |                   |                         |  |  |  |  |
|                                           |                  | コ ー ド               |         |  |  |                |                   |                         |  |  |  |  |
|                                           | 所 在 地            |                     |         |  |  |                |                   |                         |  |  |  |  |
|                                           | 被<br>保<br>険<br>者 | 住 所                 | 届出者に同じ  |  |  |                |                   |                         |  |  |  |  |
| 氏 名                                       |                  | 届出者に同じ              |         |  |  |                |                   |                         |  |  |  |  |
| 理<br>由                                    | 氏名の変更            |                     | 保護者の変更  |  |  | ✓ 転 居          |                   |                         |  |  |  |  |
|                                           | 加入保険の変更          |                     | その他 ( ) |  |  |                |                   |                         |  |  |  |  |
|                                           | 理由発生年月日          |                     |         |  |  | 令和 3 年 4 月 1 日 |                   |                         |  |  |  |  |

根拠規定 安城市子ども医療費助成条例施行規則 様式第7 (第9条関係)

|           |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|
| 受 給 者 番 号 |  |  |  |  |
|           |  |  |  |  |