

子ども医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

七尾市長 宛

下記のとおり、子ども医療費受給資格に関する変更がありましたので、必要書類を添えて届け出ます。

保護者	氏名	(電話番号)
	住所	

変更事由	氏名・住所・加入保険・振込先・その他（ ）											
事由発生日	年 月 日											
子ども	1	ふりがな 氏名					生年月日	年 月 日				
		住所	<input type="checkbox"/> 申請者（保護者と同じ）									
	2	ふりがな 氏名					生年月日	年 月 日				
		住所	<input type="checkbox"/> 申請者（保護者と同じ）									
	3	ふりがな 氏名					生年月日	年 月 日				
		住所	<input type="checkbox"/> 申請者（保護者と同じ）									
	4	ふりがな 氏名					生年月日	年 月 日				
		住所	<input type="checkbox"/> 申請者（保護者）と同じ									
加入保険	被保険者						子どもとの 続柄					
	保険者番号						記号・番号					
振込口座	金融機関名					銀行 信用金庫 農協	支店名	本店 支店 支所				
	預金種別	普通 ・ 当座				口座番号						
	フリガナ 口座名義人											