

記入例

子ども医療費受給資格等変更届

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

江 南 市 長

届出者 住 所 江南市赤童子町大堀〇〇番地

受給資格者の住所・氏名等
を記入してください。

氏 名

江南 太郎

電 話

0587-54-1111

お手元にある受給者証の
住所・氏名等を記入してください。

受 給 者 番 号		3 8 —		
受給資格者	住 所	☐ 届出者に同じ		
	氏 名	☐ 届出者に同じ	生年月日	昭和 年 月 日 平成
子ども	住 所	☐ 受給資格者に同じ		
	氏 名			
	生年月日			

※住所又は氏名変更の場合、旧住所・旧氏名でご記入ください。

変 更 事 由	変 更	変更箇所に☒いただき変更後の 情報、変更日を記入してください。 ※受給資格者を変更する場合は、 同意書（受給資格者変更用）の提 出も必要です。
☒ 受給資格者変更	☐ 届出者に同じ	
☐ 子ども氏名変更		
☐ 市内転居	☐ 届出者に同じ	
☐ 保険変更	別添のとおり	
☐ その他		
事 由 発 生 日	令和 年 月 日	被保険者氏名（別添で確認できない場合）

児童
手当確認
書類免
マ
他委任
確認保
マ
キヤ通
手
受入
力

様式第5（第7条関係）

子 ども 医 療 費 受 給 資 格 等 変 更 届

令和 年 月 日

江 南 市 長

届出者 住 所

氏 名

電 話

下記のとおり届け出ます。

受 給 者 番 号		3 1 8 —		
受給資格者	住 所	□届出者に同じ		
	氏 名		生年月日	昭和 年 月 日 平成
子ども	住 所	□受給資格者に同じ		
	氏 名			
	生年月日			

※住所又は氏名変更の場合、旧住所・旧氏名でご記入ください。

変 更 事 由	変 更 後 内 容
☐ 受給資格者変更(※)	□届出者に同じ
☐ 氏名変更	□受給資格者 □子ども
☐ 市内転居	□届出者に同じ
☐ 保険変更	別添のとおり 被保険者氏名（別添で確認できない場合）
☐ その他	
事 由 発 生 日	令和 年 月 日

※ 同意書	
----------	--

児童 手当	
----------	--

確認 書類	免 マ 他	委任 確認	保 マ 他	通 手 受	入 力	
----------	-------------	----------	-------------	-------------	--------	--