

様式第9号(第8条関係)

㊦ 子ども医療費受給資格内容変更等届			
資 格 証 の 記 号 番 号			
区 分	変 更 種 別	新	旧
受 給 資 格 者	ふ り が な 氏 名		
	住 所		
子 ど も	ふ り が な 氏 名		
	住 所		
加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名		
	保 険 種 別		
	保 険 者 名		
	保 険 者 所 在 地		
	記 号 番 号 (枝 番)		
	付 加 給 付 金 の 有 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	給 付 内 容		
他の制度による医療費助成を受けることとなったとき		助 成 制 度 名	
変 更 等 理 由 発 生 年 月 日			
変 更 等 理 由			
上記のとおり変更等したのでお届けします。 年 月 日 住所 届出人 氏名 (子どもとの続柄) 浜田市長 様			