第４号様式（第 10 条第１項関係）

子ども医療費助成受給券（受給資格登録）変更申請書

年　　月　　日

長南町長　　様

住　　所　長南町

申請者　氏　　名

（子どもとの続柄　　）

電話番号

次のとおり子ども医療費助成受給登録の内容に変更がありましたので、届け出ます。

１　変更の対象となる子ども

受給者番号			
フリガナ			
氏　　名			
生年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日

２　変更内容（該当する欄にレ点を付けてください。）

□保険証変更　□町内転居　□子どもの氏名の変更　□保護者の追加・変更

□世帯構成の変更（結婚・離婚・単身赴任・その他（　　））

□その他（　　）

加入医療保険	保険者名称			保険者番号	
	保険種別		記号		番号	
	被保険者氏名			認定年月日	

旧住所	申請者欄と同じ・その他（　　）
新住所	申請者欄と同じ・その他（　　）

子どもの氏名の変更	変更前			
	変更後			

保護者の追加・変更	変更前		個人番号
	変更後		

※父母のうち長南町外在住の者の住所（　　）

世帯構成の変更	氏　　名	続柄	氏　　名	続柄

※保険証変更の方は、お子さんの加入する健康保険証の写しを添付してください。

同　意　書

子ども医療費助成金の算定に必要な、私の世帯員の住民基本台帳及び保護者の地方税関係情報を調査することに同意します。

ただし、公簿等で確認できない場合については、町の指定する年度の所得及び住民税額の課税状況等を証する書類を提出します。

（確認期間：当該年度分から助成対象期間終了まで）

氏名