

交 付 日	
-------	--

決 裁				課長	担当	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						処 理	年 月 日

㊦ 子ども医療費受給資格内容等変更届								
受 給 者 証 番 号								
受給者	ふ り が な			生年月日	年 月 日			
	氏 名							
	住 所	魚沼市		TEL				
児 童	ふ り が な			生年月日	年 月 日			
	氏 名							
	住 所	魚沼市		出生順位	第 子			
変 更 事 項	変 更 事 由							
	住 所							
	変 更 受 給 者	ふ り が な			性 別	男 ・ 女		
		氏 名			生年月日	年 月 日		
		住 所			児童との続柄			
		職 業						
	加 入 保 険	被保険者 (世帯主) 氏 名						
		記 号 ・ 番 号						
		保 険 者		(保険者番号)				
		所 在 地						
		保 険 負 担 割 合						
	出 生 順 位		第 子		→		第 子	
	所 得 等							
	上記のとおり変更が生じたので受給者証を添えてお届けします。 年 月 日							
住 所 魚沼市 申請者 氏 名								
魚沼市教育委員会 様								
㊦								

- (注) 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
 2 申請者は太枠欄を記入しないこと。