様式第3号（第3条関係）

子ども医療費受給資格変更届

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 | |  | 助成対象者 | 氏名 |  |
| 受 給 者 番 号 | |  | 生年月日 |  |
| 区分 | | 新 | | 旧 | |
| 助成対象者住所 | |  | |  | |
| 受給者 | 住所 |  | |  | |
| 職業 |  | |  | |
| 被保険者証記号番号 |  | |  | |
| 保険者 | 保険者名 |  | |  | |
| 住所 |  | |  | |
| 負担率 |  | |  | |
| 附加給付 |  | |  | |
| 変更の理由 | |  | | | |
| 上記のとおり変更になりましたのでお届けします。  年　　　月　　　日  届出人　　住所　　　玉名郡長洲町大字  氏名 | | | | | |