

受給者番号	
-------	--

こども医療費受給者証記載事項等変更届

年 月 日

清水町長 様

届出者 住 所
 (保護者) 氏 名 (※)
 電 話

(※) 申請者が自署しない場合は、押印が必要です。

受給者
 (こども) 氏 名

個人番号 ※																			
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※加入保険変更の場合は個人番号を記入してください。

下記のとおり、変更がありましたので、届け出ます。

また、清水町が個人番号を利用した情報連携や公簿等により、こども医療費助成事務手続のために必要となる個人情報を調査することに同意します。

記

変 更 事 項 (該当する番号を○で 囲んでください。)	変 更 年 月 日	変 更 前	変 更 後
1 受給者の氏名	年 月 日		
2 保護者の住所 受給者	年 月 日		
3 保護者の氏名	年 月 日		
4 加入 保険	被保険者等の 記号・番号	年 月 日	
	保 険 者 名		
	被 保 険 者 名		
5 その他	年 月 日		