|  |  |
| --- | --- |
| 入　力 | 受　付 |
|  |  |

様式第７号(第１０条関係)

|  |
| --- |
| 子育て支援医療費受給資格登録内容等変更(消滅)届 |
| 受給者番号 | 　 |
| 対象児童の氏名 | 　 |
| 受給資格者氏名 | 　 |
| 区分内容 | 新 | 旧 |
| 受給資格者 | 氏名 | 　 | 　 |
| 住所 |  |  |
| 電話番号 | 　 | 　 |
| 対象児童 | 氏名 |  |  |
| 住所 |  |  |
| 加入保険 | 世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 | 　 | 　 |
| 記号・番号 | 　 | 　 |
| 保険者名 | 　 | 　 |
| 所在地 | 　 | 　 |
| 振込先 | 金融機関 | 　 | 　 |
| 支店名 | 　 | 　 |
| 口座番号 | 　 | 　 |
| フリガナ口座名義人 | 　 | 　 |
| 変更(消滅)事由 | 　□転居　□転出　□保護者異動（　　　→　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更(消滅)年月日 | 年　　月　　日 |
| 　上記のとおり | 変更消滅 | が生じたので、受給資格証を添えて届け出ます。 |
| 年　　月　　日　　　　　　　　 届出人　住所　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　加須市長　　　　様 |

受給資格証

　　　　　　　　　□未発行　・　□発行　　発行日（　　年　　月　　日）

　　　　　　　　　□未回収　・　□回収　　回収日（　　年　　月　　日）

　　　　　　　　　　　**未回収の場合は、返却をお願いしてください。**