

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	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 保護者異動 (→) <input type="checkbox"/> 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。