

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		
受給資格者の氏名		
受給資格者の個人番号		
対象児童の氏名		
対象児童の個人番号		
内容	区分	
	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	
振込口座	金融機関	
	支店名	店番( )
	口座番号	
	フリガナ 口座名義人	
消滅事由		
変更(消滅)年月日	年 月 日	
<p>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。</p> <p>年 月 日 届出人 住所 氏名</p> <p>加須市長 様</p>		

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。