| 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<br>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<br>口座名義人 | | |
| 変更（消滅）事由 | | □転居　□転出　□保護者異動（　　→　　）<br>□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。