|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | 受付印 |
|  |  |  |  |

様式第8号(第5条関係)

子ども医療費受給資格変更届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※受給者証番号 | | | |  | | 子どもの氏名 |  | | | 年　　　月　　　日生 | |
| 区分 | | | 新 | | | | | | 旧 | | |
| 子ども | 氏名 | |  | | | | | |  | | |
| 住所 | | 菊池市 | | | | | | 菊池市 | | |
| 保護者 | 氏名 | |  | | | | | |  | | |
| 住所 | | 菊池市 | | | | | | 菊池市 | | |
| 加入保険 | 保険者名 | |  | | | | | |  | | |
| 被保険者証記号番号 | |  | | | | | |  | | |
| 住所 | |  | | | | | |  | | |
| 付加給付 | | 有無 | | | | | | 有無 | | |
| 振　込　先 | | 金融機関名 | | |  | | | 支　店　名 | | |  |
| 口座の種類口座番号 | | | 普通・当座  NO． | | | 口座名義人 | | |  |
| 上記のとおり変更になりましたのでお届けします。  　　　　　　年　　　　月　　　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者） 住　所　　菊池市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 菊池市長　　　　様 | | | | | | | | | | | |