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

※受番	受給 者	新証 号			子どもの氏名						年	月	日生
区		分			新						旧		
子	氏	名											
子ども	住	所	菊池市					菊洲	也市				
保護	氏	名											
者	住	所	菊池市					菊洲	也市				
加	保険名被保												
入	者証 号番												
保	住	所											
険	付給	加 付		有		無				有		無	
振	金融機関名		関名				支	店	名				
込 口座の種類 先 口座番号				普通• NO.	当座		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													
电叫曲 7													
菊池市長 様													