

子ども 福祉医療費受給資格 変更届

＜支給対象者＞（お子さん）

氏 名		受給者番号	生年月日	個人番号																
1	カナ		年 月 日																	
2	カナ		年 月 日																	
3	カナ		年 月 日																	

住所	
	(建物名等)

＜変更する事項＞（変更があった項目の□にレをつけ、変更内容を記入してください。）

☐ 住所	(変更前)			市		
	(変更後)					
☐ 氏名	(変更前)			処		
	(変更後)					
☐ 保険者	※受給者（お子さん）の保険の資格が確認できる資料等を提示してください。				理	
☐ 受給者	(変更前)			欄		
	(変更後)					
☐ 振込口座	(変更前)			欄		
	(変更後)					
☐ 振込口座	銀行名	支店名	口座番号	口座名義（フリガナ）		

＜届出者＞（保護者）

諫早市長 様		(届出日)		年 月 日	
上記のとおり、申請内容に変更がありましたので届出します。					
フリガナ		生年月日	年 月 日		
氏名	署名	個人番号			
		電話番号	— —		
住所	☐ 受給者と同じ（記入不要）		続柄	受給者から見て	
	(建物名等)				

諫早市使用欄

添 付 書 類	受 給 者 証	備 考
☐ 医療保険の資格が確認できるもの ☐ 委任状 ☐ 口座（通帳等）の写し ☐ その他（ ）	☐ 再発行郵送 ☐ 再発行手渡し ☐ 訂正 ☐ 無	

