

第4号様式（第5条関係）

子ども医療費助成金受給資格者登録事項変更届

令和 年 月 日

住所 大崎町 番地
氏名

大崎町長 殿

受給資格者番号				
受給資格者	氏名			
	住所	大崎町	番地	
子 ど も	(ふりがな) 氏名	生年月日	住所	受給資格者 との続柄
	1	平成・令和 ・	大崎町	
	2	平成・令和 ・	大崎町	
	3	平成・令和 ・	大崎町	
	4	平成・令和 ・	大崎町	
	5	平成・令和 ・	大崎町	
変 更 内 容				
変更事項 (該当項目に○をしてください。)		変更年月日	変更前	変更後
住所・氏名・受給資格者 保険証・振込通帳 その他（ ）				
届出者が受給資格者と異な るときは、その事情				

注1 受給資格者が変わるときには、新受給資格者が乳幼児を監護する者となったことが確認できる資料を添えてください。

決 裁 欄			
課 長	課長補佐	係 長	係