

大多喜町子ども医療費助成申請変更届

令和 年 月 日

大多喜町長 様

| | | |
|--------------|-----|-----------------|
| 申請者 (保護者) | 住 所 | 〒 |
| | 電 話 | |
| | 氏 名 | (子どもとの続柄) |

下記のとおり子ども医療費助成受給登録の内容に変更及び誤りがありましたので、受給登録変更及び子ども医療費助成受給券の変更を申請します。

記

| | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------|---|--|---------|-----------------|-----|--|--|
| 保護者氏名 | 住 所 | 〒 | | | | | | |
| | (フリガナ) 氏 名 | | | 電 話 番 号 | | | | |
| 子 ど も | 受給者番号 | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | | |
| | (フリガナ) 氏 名 | | | 生 年 日 | 年 月 日 | | | |
| 加 入 医 療 保 険 | 保 險 者 名 | | | | | | | |
| | 保 險 者 番 号 | | | | | | | |
| | 保 險 種 別 | 1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他の国保組合 5 その他 | | | | | | |
| | 被 保 険 者 名 | | | | | | | |
| | 記 号 番 号 | 記 号 | | | | 番 号 | | |
| | 資 格 取 得 年 月 日 | 年 月 日 | | | | | | |

※変更があった事項のみ記入してください(保護者が変更となった場合は、裏面も御記入ください。)

住民税額確認同意書

子ども医療費助成申請変更届の提出に当たり、子ども医療費助成制度の助成期間中、助成金算定に必要な私の世帯の住民税額を確認することを同意します。

大多喜町長 様

令和 年 月 日

保護者

住所 大多喜町 _____

氏名 _____

保護者

住所 大多喜町 _____

氏名 _____

※本件については、千葉県子ども医療費助成事業補助金又は高額医療費の自己負担額が住民税額によって異なるため、確認を行うものです。