

第5号様式（第5条関係）

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	受 付	年 月 日
					交 付	年 月 日

<p>子ども医療費受給資格者登録事項変更届</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>(宛先) 阿久根市長</p>	
--	--

受給資格者証番号			
----------	--	--	--

受 給 資 格 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			

子 ど も	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	住 所	性 別	受給資格者 との続柄	
	1		・ ・		男・女	
	2		・ ・		男・女	
	3		・ ・		男・女	
	4		・ ・		男・女	

変 更 内 容

変 更 事 項	変更年月日	変 更 後	変 更 前

届出者が受給資格者と異なっているときはその理由	
-------------------------	--

注 受給資格者が変わる時には、新受給資格者が子ども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。