第７号様式（第６条関係）

**子ども医療費受給資格変更届**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※受給者  証番号 | |  | 受 給 者  (保護者)  氏　　名 |  | 昭和  平成 | 年　　月　　日生 |
| 区　　　分 | | | 新 | | 旧 | |
| 子ども | 住　　　所 | | 湯前町　　　　　番地 | | 湯前町　　　　　番地 | |
| 氏　　　名 | |  | |  | |
| 保 護 者 | 住　　　所 | | 湯前町　　　　　番地 | | 湯前町　　　　　番地 | |
| 氏　　　名 | |  | |  | |
| 加　　入　　保　　険 | 被保険者証  記号番号 | |  | |  | |
| 被保険者氏名 | |  | |  | |
| 保険者名 | |  | |  | |
| 所在地 | |  | |  | |
| 負　担　率 | |  | |  | |
| 附加給付 | | 有　　・　　無 | | 有　　・　　無 | |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 上記のとおり変更になりましたので届出します。  　　　　令和　　年　　月　　日  届出人　　　　住所　湯前町　　　　　番地  　　　　　　　　　　　　（保護者）　　　氏名　　　　　　　　　　印  　　　湯前町長　長谷　和人　様 | | | | | | |