

受付年月日	課 長	係 長	係	処 理 欄	
				交付年月日	☐ 窓口 ☐ 郵送
				R . .	

第 5 号様式（第 4 条関係）

※太枠内のみ記入してください。

子ども医療費給付受給資格者登録事項変更届						
			令和	年	月	日
さつま町長 上野 俊市 様						
申請者			住 所			さつま町
			氏 名			
			連絡先			
受給資格者	住所	さつま町				☐ 申請者に同じ
	氏名					☐ 申請者に同じ
◆ 子ども						
受給資格者証番号	氏名		(フリガナ)		生年月日	受給資格者との続柄
1			()		. .	
2			()		. .	
3			()		. .	
4			()		. .	
◆ 変更内容（保険証の写し又は通帳の写しの提出がある方は記入不要です。）						
変更事項	変更年月日	変更後		変更前		
☐ 受給者 ☐ 氏名 ☐ 加入医療保険 ☐ 振込先口座 ☐ その他	. .					

注 1 受給資格者が変わるときには、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。