

様式第4号（第8条関係）

| | | | | |
|---------------------------|---------|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 只見町子ども医療費受給資格内容等変更届 | | | | |
| | | | 年 月 日 | |
| 只見町長 | | | | |
| 受給資格者の登録内容に変更が生じたので届け出ます。 | | | | |
| 届出者 | | 住所 | | |
| 氏名 | | | | |
| 印 | | | | |
| 保護者 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 届出者に同じ | | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 届出者に同じ | | |
| 子ども | 受給資格者番号 | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 届出者に同じ | | |
| 変更内容 | 変更事由 | <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 医療保険の変更 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| | 区 分 | 項 目 | 変更前 | |
| | 保 護 者 | 氏 名 | | |
| | | 住 所 | | <input type="checkbox"/> 届出者に同じ |
| | 子 ども | 氏 名 | | |
| | | 住 所 | <input type="checkbox"/> 保護者に同じ | <input type="checkbox"/> 届出者に同じ |
| | | 加入医療保険 | 記号： 番号： 保険者： | (保険証添付) |
| | | 付加給付 | | |
| 備考 | | | | |

※ 子ども一人につき一枚作成すること。