

# (記載例)

太枠内の記入をしてください

第5号様式 (第7条関係)

		受給者証記号番号																					
子ども医療費受給資格等変更届																							
												記入した日を記入してください		年 月 日									
清須市長 様																							
保護者の方の氏名等を記入してください。 自署の場合は、押印不要です。												住 所											
												受給者				氏 名		電 話		※ 自署の場合、押印不要		印	
変更になった項目のみ「新」「旧」「変更年月日」を記入してください。												旧		変 更 年 月 日									
受給者	ふりがな氏名																						
	住 所																						
子ども	ふりがな氏名																						
	住 所																						
加入医療保険	名 称																						
	住 所																						
	記号番号																						
	給付内容 (附加給付)																						
加入している保険が変更になった場合は記入不要です。 新しいお子様の保険証のコピーを同封してください。																							