

(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									
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。												受給者									
												氏名		電話		※		自署の場合、押印不要			
												印									
												旧		変更年月日							
受給者	ふりがな氏名							年 月 日													
	住所							年 月 日													
子ども	ふりがな氏名							年 月 日													
	住所							年 月 日													
加入医療保険	名称							年 月 日													
	住所							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。													
	記号番号																				
	給付内容(附加給付)																				