

子ども医療費助成金受給資格等変更届・喪失届

年 月 日

中城村長 殿

住 所 中城村字

申請者

氏 名

子ども氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	受給資格番号	
子ども氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	受給資格番号	
子ども氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	受給資格番号	

変更

変更内容	新	旧
子ども氏名		
受給者（保護者）		
住所		

次の変更の場合それぞれ必要な書類を添付し、記入を省略する。

- 振込先口座・・・保護者の金融機関口座確認書類の写し
- 加入医療保険・・・保険証の写し

変更日	年 月 日
-----	-------

喪失

理由	1 転出 2 生活保護 3 死亡 4 その他
喪失日	年 月 日