

# 資格変更

子 ども  
 重度心身障害児等 医療費助成資格内容変更届  
 ひとり親家庭等

平成 年 月 日

(あて先) 所 沢 市 長

住 所 .....

申請者 氏 名 .....

電話番号 .....

次のとおり、資格内容の変更を届け出ます。

受給者証番号	.....	.....	.....
氏 名	.....		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日

住所変更(新しい住所)	次のとおり		申請者住所のとお		別添写しのとお	
	郵便番号	-	電話番号			
	住 所	アパート・マンション名等もご記入ください。				
区 分	全 員 子 申請者 その他 ( )					
加入医療保険変更(新しい医療保険)	次のとおり		別添写しのとお			
	記 号 番 号	記 号	番 号			
	被 保 険 者 氏 名					
	資 格 取 得 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日				
	保 険 者 番 号	.....	.....	.....	.....	.....
	保 険 者 名 称	全国健康保険協会.....支部・国保 健康保険組合・後期・共済組合・国保組合				
	交 付 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日				
	適 用 区 分	本 人		家 族		
付 加 給 付	無		有			

# 資格変更

振込先金融機関変更(新しい振込先)	次のとおり		別添写しのとおり			
	区 分	金融機関コード			本支店コード	
	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合 信託銀行・労働金庫・農協				
	本支店名	本店・支店・出張所				
	口座種別	普通預金	当座預金	貯蓄預金		
	口座番号					児童手当・児童扶養手当の登録口座について (必ずどちらかに <input type="checkbox"/> をお願いします)
	(フリガナ) 口座名義					
氏名変更	次のとおり		別添写しのとおり			
	区 分	新しい氏名			旧氏名	
	(フリガナ) 受給者					
	(フリガナ) 受給者					
	(フリガナ) 受給者					
	(フリガナ) 受給者					
	変更事由					
その他の変更	別添写しのとおり( )					
	生活保護受給開始 : 平成 年 月 日から					
	死 亡 ( ) : 平成 年 月 日死亡					
	ひとり親家庭等でなくなった。 事由(具体的に):					
備考						

受 付	医療証返却

入 力	確 認	交 付