

第6号様式(第5条関係)

㊦ 子ども医療費給付金受給資格者登録事項変更届 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">住所 届出者 氏名</div> <div style="text-align: left; margin-top: 10px;">湧水町長 様</div>					
受給資格証番号					
受給資格者		氏名			
		住所			
子 ど も	(ふりがな) 氏名	生年月日	住所	性別	受給資格者との続柄
	1	. .		男・女	
	2	. .		男・女	
	3	. .		男・女	
	4	. .		男・女	
	5	. .		男・女	
変 更 内 容					
変更事項	変更年月日	変 更 後		変 更 前	
届出者が受給資格者と異なっているときは、その事情					

注 受給資格者が変わるときには、新受給資格者が子どもを監護する者となったことが確認できる資料を添えてください。