

乳幼児及び児童医療費受給資格内容等変更届										
受給者	氏 名						電話			
	住 所（新）		田村市							
乳幼児・児童	受給資格番号									
	氏 名									
	生 年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
	住 所		☐ 受給者に同じ（記入不要） ☐ 受給者と別居（以下に記入）		☐ 受給者に同じ（記入不要） ☐ 受給者と別居（以下に記入）		☐ 受給者に同じ（記入不要） ☐ 受給者と別居（以下に記入）			
変更事項	変更事由		氏名 受給者 住所(転居) 加入保険 銀行口座（コピー添付） 転出 その他（ ）							
			新				旧			
	変更区分	氏 名								
		受 給 者								
		個 人 番 号								
		住 所								
		加入保険	記号番号							
			保険者名称							
			摘 要							
	備 考		※加入保険の変更は、 保険証のコピー を添付する。 ※加入保険の被保険者が転出する場合 ①転出先住所 _____ ②転出月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 （注）加入保険の被保険者は、当市以外の住民登録者でもかまわない。							
上記のとおり変更事項が生じたので、受給者証を添えて届け出ます。 なお、届出事項については、私の世帯の住民基本台帳の住民情報、市民税課税状況の閲覧、その他必要な調査を行うことに同意します。 年 月 日 田 村 市 長 様 （届出人） 氏 名										

【記入上の注意について】

- ① 受給者と乳幼児及び児童は、当市に住民登録があること。
- ② 銀行口座の変更は、受給者と乳幼児及び届出人を記載し、通帳のコピーを添付する。
 ※ 銀行口座のみの変更は、受給者証の提出は不要。
 ※ 銀行口座名義は、特別な事情がない限り受給者のものとする。
- ③ 変更事項欄は、変更になった内容のみ記入する。