

子ども医療費助成事業受給券（受給資格登録）変更申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 (保護者)	住 所	(〒 -)
	電 話	- -
	氏 名	印 (子どもとの続柄)

下記のとおり子ども医療費助成事業受給登録の内容に変更・誤りがありましたので、受給登録の変更及び子ども医療費助成事業受給券の変更を申請します。

記

保護者氏名	住 所	(〒 -)		
	フリガナ	電話番号	子どもとの続柄	
	氏 名	印	- -	
子ども	住 所	(〒 -) 一 宮 町		
	フリガナ	生年月日	性 別	
	氏 名	年 月 日 生	男 ・ 女	
世帯構成	氏 名	続柄	氏 名	続柄
加入医療保険	名 称			
	記 号	番 号		
	附 加 給 付	無 ・ 有 自己負担限度額	円 円未満切捨て	

注) 変更があった事項のみ記入してください。
医療保険が変更になった場合は、変更後の被保険者証等の写し（子どもの氏名が記載されたもの）を添付して下さい。