

様式第11号（第8条関係）

決 裁					担当者	受 付	年	月	日
						伺	年	月	日
						決 裁	年	月	日

子ども医療費受給資格内容等変更届										
受 給 者	氏 名				生 年 月 日	年 月 日				
	住 所	電 話								
	勤 務 先 名	電 話								
子 ど も	受 給 者 番 号									
	氏 名									
	生 年 月 日	年 月 日		年 月 日		年 月 日				
	住 所	□受給者と同じ		□受給者と同じ		□受給者と同じ				
変 更 事 項 （ 変 更 箇 所 の み 記 載 ）	□ 受 給 者									
	ふ り が な				性 別	男 ・ 女				
	氏 名				生 年 月 日	年 月 日				
	住 所	電 話					子 ど も との続柄			
	勤 務 先 名	電 話								
	個 人 番 号									
	□ 氏 名									
	□ 住 所		電 話							
	□ 勤 務 先 名		電 話							
	□ 加 入 保 険									
	被 保 険 者 （世帯主）氏名									
	記 号 ・ 番 号									
	保 険 者									
	所 在 地									
	備 考									
	上記のとおり変更が生じたので受給者証を添えてお届けします。 年 月 日 佐渡市長 様 住 所 申請者 氏 名									

- （注） 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
 2 申請者は、太枠欄を記入しないこと。