別記様式第１－２号(第２条関係)

乳幼児 児　童　医療費受給資格　変更　申請書 生　徒　更新	受給者番号

対象者	フリガナ		男・女	生年月日	平成　年　月　日
	氏　名				
	住　所	須崎市			
※保護者等	氏　名		対象者との続柄		

加入医療保険	被保険者氏名			
	保険種別			
	被保険者証の記号番号			
	保険者名		保険者番号	
申請（変更）事由	１　転入　２　保険変更　３　その他（　　） 変更事由の発生日（　　）			
第３子以降	１　該当　２　非該当　発生日（　　）			

上記のとおり　乳幼児／児　童／生　徒　医療費受給資格　認定／変更／更新　の申請をします。

なお、申請にあたり次の事項について同意します。

１．課税担当課長が保管している課税台帳等により私の世帯の税額等について子ども・子育て支援課長が確認すること。(乳幼児のみ)

２．児童手当の受給状況等について子ども・子育て支援課長が確認すること。

平成　年　月　日

※申請者（保護者）

住　所

氏　名　印

電話番号　(　　)　－

窓口へ来た方(申請者と同じ場合は同上で構いません)

(住所：　氏名：　印　)

(注)　１．太線の枠内のみ、ご記入ください。

２．申請者は児童手当受給者になります。受給されていない場合は主たる生計維持者を記入して下さい。(※ 保護者等と申請者は同一人です。)