

## ＜記入例＞

### 太枠の中をご記入ください。

■ 記入もれがないか確認してください。

■ ①・②は同一人で、児童手当受給者になります。

■ 申請者（保護者）が市外に在住の場合、③は市外の住所をご記入ください。

乳幼児 認定 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	○年○月○日
	氏名	○○○○○○			
	住所	須崎市 ○○○○○○○○○○			
※保護者等	氏名	① 須崎 太郎	対象者との続柄	○○	
加入 医療保険	被保険者氏名 ※保険種別				

なお、申請にあたり次の事項について同意します。

- 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。
- 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。

○○年○○月○○日

#### ※申請者

（保護者） 〒 ○○○ - ○○○○

住所 ③ ○○○○○○○○○○

氏名 ② 須崎 太郎

電話番号 (○○○○) ○○ - ○○○○

須崎市長様