

様式第24号(第7条関係)

決 裁	課 長	課 補 長 佐	係 長	本 庁 担 当 者	支所担当者	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						処 理	年 月 日

子ども医療費受給資格内容等変更届								
受 給 者 番 号								
受給者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日				
	住 所	阿賀町						
児 童	氏 名		生 年 月 日	年 月 日				
	住 所	阿賀町		出 生 順 位	第 子			
変 更 事 項	変 更 事 由							
	住 所		阿賀町					
	変更受給者	ふ り が な		性 別	男 ・ 女			
		氏 名		生 年 月 日	年 月 日			
		住 所	阿賀町		児 童 と の 続 柄			
		職 業						
	加入保険	被保険者(世帯主)氏 名						
		記 号 ・ 番 号						
		保 険 者						
		所 在 地						
保 険 負 担 割 合								
項	出 生 順 位		子 → 子					
	所 得 等							
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 申請者 住 所 阿賀町長 様 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。