

様式第7号（第8条関係）

子ども医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

小千谷市長 あて

申請者 住所 小千谷市

氏名

電話番号

子ども医療費受給者資格内容等に変更が生じたので、受給者証を添えて届け出ます。

受給者番号						
受給者	氏名		生年月日	年 月 日		
	住所	小千谷市				
子ども	氏名		生年月日	年 月 日		
	住所	小千谷市		出生順位	第 子	
変更事項	変更事由					
	住所	小千谷市				
	変更受給者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
		氏名				
	加入保険	住所	小千谷市		子どもとの続柄	
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				
その他						