様式第5号(第8条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 子ども | 医療費受給内容変更届 | 郵送 | 要 ・ 不要  （ 　　 月 　　日 発送） |
|  | ひとり親家庭等 |
|  | | 証訂正 | 未 ・ 済（不要） |
| 端末入力 | 未 ・ 済 |

年　　月　　日

　越前市長　　　　殿

申請者　住所　

氏名

(続柄　　　　連絡先　　　　　　　　　　　)

　次のとおり変更しましたので、関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | | | | |  |  |  | |  | |  |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | | | 変更後 | | | | | | | | 変更前 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成対象者 | 住所 | | | | 越前市 | | | | | | | | 越前市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※上記以外に助成対象者、扶養義務者がいる場合のみ記入してください。 | | | | 氏名 | | | | 生年月日 | | | | | 受給者番号  （扶養義務者転入の場合、転入者の個人番号） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 年　　月　　日 | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  | | | | 年　　月　　日 | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  | | | | 年　　月　　日 | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 加入医療保険 | 記号 | | 番号 | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | （　続柄　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | | | | | 銀行  金庫  農協 | | | | | 本店  支店 | | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名義人  (カタカナ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更事由 | | | | | 1　転居　　　(　　　　年　　月　　　日転居)  2　保険変更　(　　　　年　　月　　　日変更)  3　振込先変更(　　　　年　　月　支給分から)  4　転出　　　(　　　　年　　月　　　日転出)  5　死亡　　　(　　　　年　　月　　　日死亡)  6　資格変更　(　　　　　　　　　　　　　　)  7　氏の変更 （　　　　 　　　　　　 　　　）  8　その他　 （　　　　 　　　　　　 　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※高校生以上の子ども医療費助成対象者で、振込先を子ども本人名義の口座に変更する場合は、次の同意欄に保護者氏名の自署又は記名押印をお願いします。（ひとり親家庭等医療費助成対象者は子ども名義の口座に変更できません。）

|  |
| --- |
| 私は、子ども医療費の助成金が上記の子どもの口座に振り込まれることに同意します。  保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |