

様式第6号(第9条関係)

決 裁	課 長	係 長	担 当 者	台帳整理

子ども医療費受給資格変更・喪失届

年 月 日

備前市長 殿

届出人 住 所 備前市

氏 名

連絡先電話番号 () -

受給者資格者氏名		生年月日		受給者資格者番号							
資 格 変 更	変更事項に○を付けて下さい。 1 氏名 2 住所 3 加入保険関係 保険者名・記号番号・附加給付の内容 4 その他	変更前									
		変更後									
資 格 喪 失	喪失事項に○を付けて下さい。 1 他市町村への転出 ・ 2 死亡 ・ 3 被保険者等資格の喪失 ・ 4 その他										
変更・喪失 年月日				年 月 日							
市使用欄		窓口交付 未 ・ 済					郵送交付 未 ・ 済				

※子ども医療費受給資格者証及び資格確認書(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)附則第6条第3項に規定する情報提供等記録開示システムを通じて取得した当該申請者の資格に係る情報を提示する方法により確認が可能な場合は省略可)を添えて提出してください。