別記様式第５号（第10条関係）

子育て支援医療費助成金受給資格変更届

年　　月　　日

野々市市長　宛

申請者（保護者）　住　　所

電話番号

氏　　名

子育て支援医療費助成金受給資格について、次のとおり変更がありましたので届け出ます。

対象者氏名（子ども） 該当するすべての方を記入	生年月日	受給資格証番号	※　市処理欄 受給資格証交付
	年　月　日		窓口・郵送・不要
	年　月　日		窓口・郵送・不要
	年　月　日		窓口・郵送・不要
	年　月　日		窓口・郵送・不要
	年　月　日		窓口・郵送・不要

申請事由		1　氏名変更　2　住所変更　3　加入保険変更　4　振込口座変更 ◎事由発生年月日（加入保険変更の場合は資格取得年月日）　年　月　日	
氏名	保護者	旧氏名	
		新氏名	
	対象者（子ども）	旧氏名	
		新氏名	
住所	保護者	旧住所	
		新住所	
	対象者（子ども）	旧住所	野々市市
		新住所	野々市市
加入保険	旧	保険者名称（発行機関）	
	新	被保険者氏名	対象者との続柄
			被保険者住所
		記号・番号	保険者番号
		保険者名称（発行機関）	
振込口座	金融機関	銀行　本店 信用金庫　支店 農協　出張所	口座番号　普通預金
	フリガナ 口座名義人 ※保護者名義		