

船橋市子ども医療費助成受給資格登録変更届

年 月 日

船橋市長

届出者 (保護者)	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	( )

子ども医療費助成受給資格登録の内容に変更がありますので、受給資格登録の変更及び子ども医療費助成受給券の変更を次のとおり届け出ます。

【変更の対象となる子ども】 ※ 氏名が変更の場合は旧氏名を記載してください。

対象となる子ども			
受給者番号			
フリガナ			
氏名			
生年月日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
届出者との続柄	子・その他 ( )	子・その他 ( )	子・その他 ( )

【変更事由】 ※ □のところは、該当する項目にレ印をつけてください。

変更事由の発生日付	平成・令和 年 月 日		
□ 加入保険の変更	保険者名称	被保険者名	対象となる子どもの加入年月日
			平成・令和 年 月 日
□ 住所変更	旧	船橋市	
	新	<input type="checkbox"/> 上記の届出者の住所と同一 <input type="checkbox"/> 上記の届出者と異なる住所 (※) ※ (船橋市 )	
□ 氏名変更	旧		
	新		
□ 保護者の変更	□ 新たに保護者になる方	氏名	
		個人番号	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日
		1月1日住所	
□ 保護者でなくなる方	氏名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
□ 世帯区分の変更	<input type="checkbox"/> 市町村民税所得割非課税世帯から課税世帯へ (無料から300円へ変更)		
	<input type="checkbox"/> 市町村民税所得割課税世帯から非課税世帯へ (300円から無料へ変更)		
□ その他	<input type="checkbox"/> 保護者が市外へ転出 <input type="checkbox"/> 市外から転入 (保護者氏名: )		

承諾書

子ども医療費の助成を受けることができる期間において、資格審査の目的で、私の所得状況及び市町村民税の課税状況並びに住居基本台帳を確認することを承諾します。

新たに保護者になる方の氏名