様式第5号

こ ど も 医 療 受 給 資 格 変 更 届

令和　　年　　月　　日

泉 佐 野 市 長　殿

申請者　　泉佐野市
住 所
（保護者）
氏 名

下記のとおり変更しましたので届出ます。

対象児童	氏 名		生年月日	平・令　年　月　日	対象者番号		
	氏 名		生年月日	平・令　年　月　日	対象者番号		
	氏 名		生年月日	平・令　年　月　日	対象者番号		
	氏 名		生年月日	平・令　年　月　日	対象者番号		

変更年月日			令和　年　月　日	
変更事項			変　更　前	変　更　後
保護者	住　所			
	氏　名			
	電話番号		（　　） 児童との続柄	（　　） 児童との続柄
	個人番号			
対象児童	住　所		泉佐野市	泉佐野市
	氏　名			
	加入医療保険	被保険者等 住所		
		被保険者等 氏名		
		記号番号（枝番）		
		資格取得年月日	平・令　年　月　日	平・令　年　月　日
		保険者番号		
		保険者名称		

※泉佐野市がこども医療費助成制度の事務処理をするうえで、個人番号を通じて地方税関係の情報及びその他必要とする公簿等について閲覧、取得することに同意します。

令和　　年　　月　　日

（申請者署名）　　個人番号

（1月1日時点住所）

※1月～6月申請は前年の住所、7月～12月申請は本年の住所