

こども医療受給資格変更届

令和 年 月 日

泉佐野市長様

申請者 住所 泉佐野市

(保護者) 氏名

電話 (— —)

下記のとおり変更しましたので届出ます。

受給者	氏名				生年月日	平・令 年 月 日	受給者番号		
	個人番号								
	氏名				生年月日	平・令 年 月 日	受給者番号		
	個人番号								
	氏名				生年月日	平・令 年 月 日	受給者番号		
	個人番号								
変更事由	1. 住所 2. 氏名 3. 保護者 4. 保険 5. その他()								
変更年月日	令和 年 月 日								
保護者	住所								
	氏名								
	個人番号				電話番号	— —		受給者との続柄	
受給者	住所								
	氏名								
	被保険者等	住所							
		氏名							
	記号		番号		枝番		受給者		
	記号		番号		枝番		受給者		
	記号		番号		枝番		受給者		
	記号		番号		枝番		受給者		
	資格取得年月日(認定年月日)		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を事務処理するうえで、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) ※有効期間が1月1日から6月30日までの場合は前年の住所、7月1日から12月31日の場合は本年の住所
