

市川市子ども医療費助成登録申請事項変更届

申請日 年 月 日

市川市長

申請者 (現保護者)	氏名		電話	-	-
	住所				

変更事項	<input type="checkbox"/> 子どもの転居 <input type="checkbox"/> 親のみ住所変更 <input type="checkbox"/> 口座変更 <input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 保護者変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更
------	---

対象となる子ども	氏名①		生年月日	年	月	日	受給者番号	
	氏名②		生年月日	年	月	日	受給者番号	
	氏名③		生年月日	年	月	日	受給者番号	
	氏名④		生年月日	年	月	日	受給者番号	

変更内容（変更する項目をご記入ください）

子どもの転居	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 他住所（					
親のみ住所変更	対象保護者氏名	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 市内転居					
口座変更	金融機関	銀行 金庫 信組	支店コード		支店名	本店 支店 出張所	
	口座番号 (普通) (右詰で記入)	口座名義人 (カタカナ)					
保険変更	保険者名	被保険者氏名 (組合員)					
	保険者番号	記号	番号	資格取得 年月日			
資格確認書等（子どもが加入する保護者のものでも可）の写しを提出していただければ、記載は不要です。							
保護者変更	<input type="checkbox"/> 今後保護者でなくなる方	氏名		生年月日	年	月	日
		変更理由	<input type="checkbox"/> 離婚日（ ） <input type="checkbox"/> 別居日（ ） <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	<input type="checkbox"/> 新たに保護者になる方	氏名		生年月日	年	月	日
		住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）		個人番号		
1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 市川市内 <input type="checkbox"/> 国外 <input type="checkbox"/> 他市区町村（ ）						
氏名変更	<input type="checkbox"/> 姓のみ変更		<input type="checkbox"/> その他（ ）				

上記の通り、子ども医療費助成受給登録の内容に変更が生じたので、変更届を提出します。
 なお、この変更に係る審査ために、市川市が所得の状況等を公簿等（マイナンバー制度による情報連携も含む。）で確認することに同意します。

申請者氏名

申請者以外の保護者氏名

※職員記載欄

備考		受付者	
----	--	-----	--