様式第３号（第７条関係）　　（ダウンロード用）

市川市子ども医療費助成登録申請事項変更届

年　　月　　日

市川市長

申請者（保護者）	住　所	〒　　―
	電　話	―　　―
	氏　名	（子どもとの続柄　　）

下記のとおり子ども医療費助成登録の申請事項に変更・誤りがありましたので、登録の変更及び市川市子ども医療費助成受給券の変更を申請します。

記

申請者	住所	〒	個人番号	
	フリガナ 氏名		生年月日	年　月　日
子ども	住所	〒	個人番号	
	フリガナ 氏名		生年月日	年　月　日
振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫・農協	金融機関コード	
	支店名	支店・出張所	支店コード	
	口座番号		預金種別	普通・貯蓄
	フリガナ 口座名義人			
加入医療保険	保険者名			
	保険者番号			
	保険種別	1　社保　2　国保　3　国保組合　4　その他		
	被保険者（組合員）氏名			
	記号番号			
	資格取得年月日	年　月　日		

住民税等確認承諾書

市が、子ども医療費の助成に係る自己負担金の算定に必要な私の世帯の住民税の額及び千葉県子ども医療費助成事業補助金交付要綱（昭和５２年千葉県告示第６５８号）第４条に規定する申請に必要な私の世帯の所得を、これらの事務が行われている間、確認することを承諾します。ただし、公簿等で確認できない場合については、市の指定する年度の住民税課税証明書等を提出します。

申請者氏名

上記の申請者以外の保護者氏名

【変更内容】1　市内転居　2　保護者変更（　　）　□税情報照会　課税地：　　）

3　加入保険変更　4　その他（　　）

（注）　変更があった事項のみ記入してください。

受給券　　年　月　日　交付・未交付

□ 保護者１同住確認	受給者番号		受付者：