

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

（現保護者） 申請者	氏名	子どもとの続柄（ ）	
	住所		
	電話	-	-

変更事項	<input type="checkbox"/> 児童の転居 <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 <input type="checkbox"/> その他
------	--

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）

児童の転居	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	子どもの新しい保険証の写しを添付してください。				
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	
	<input type="checkbox"/> 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（ ）				
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	
----	--	-----	--