

【児童の転居】

例：家族全員で市内転居の場合

記載例

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

申請日 〇〇 年 〇 月 〇 日

市川市長

（現保護者） 申請者	氏名	市川 太郎	子どもとの続柄（ 父 ）
	住所	市川市市川1-1-1	
	電話	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	

変更事項	<input checked="" type="checkbox"/> 児童の転居	<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
	<input type="checkbox"/> 親のみ住所変更					

対象となる子ども	氏名①	市川 一郎	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	受給者番号	1234567
	氏名②	市川 次郎	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	受給者番号	9876543
	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 checked="" 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（フリガナ）				
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 市川 太郎

申請者以外の保護者氏名 市川 花子

【親のみ住所変更】

例：父親だけ転出

母子は引き続き市川市で生活する場合

記載例

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

申請日 〇〇 年 〇 月 〇 日

市川市長

（現保護者） 申請者	氏名	市川 花子	子どもとの続柄（ 母 ）
	住所	市川市市川1-1-1	
	電話	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	

変更事項	<input type="checkbox"/> 児童の転居	<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
	<input checked="" type="checkbox"/> 親のみ住所変					

対象となる子ども	氏名①	市川 一郎	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	受給者番号	1234567
	氏名②	市川 次郎	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	受給者番号	9876543
	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	市川 太郎	<input type="checkbox"/> 転入 <input checked="" 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 (フリガナ)				
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

市川 花子

申請者以外の保護者氏名

市川 太郎

【口座変更】
振込口座を変更する場合
(保護者名義の口座に限る)

記載例

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

申請日 〇〇 年 〇 月 〇 日

市川市長

(現保護者) 申請者	氏名	市川 花子 子どもとの続柄 (母)
	住所	市川市市川1-1-1
	電話	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

変更事項	<input type="checkbox"/> 児童の転居 <input type="checkbox"/> 親のみ住所変更	<input checked="" 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	市川 一郎	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	受給者番号	1234567
	氏名②	市川 次郎	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	受給者番号	9876543
	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	口座番号 (普通) (右詰で記入)	〇〇	銀行金庫信組 支店コード 1 2 3 支店名 〇〇 本店支店出張所
	口座名義人 (フリガナ)	イチカワ ハナコ	
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"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 別居日 ()	
	<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 市川 花子

申請者以外の保護者氏名 市川 太郎

【保険変更】
例：子どもの保険証が変わった場合

記載例

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

申請日 〇〇 年 〇 月 〇 日

市川市長

（現保護者） 申請者	氏名	市川 太郎	子どもとの続柄（ 父 ）
	住所	市川市市川1-1-1	
	電話	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	

変更事項	<input type="checkbox"/> 児童の転居	<input type="checkbox"/> 口座変更	<input checked="" 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
	<input type="checkbox"/> 親のみ住所変更					

対象となる子ども	氏名①	市川 一郎	生年月日	2020 年 〇 月 〇 日	受給者番号	1234567
	氏名②	市川 次郎	生年月日	2022 年 〇 月 〇 日	受給者番号	9876543
	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	（ ）			
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 市川 太郎

申請者以外の保護者氏名 市川 花子

【保護者変更（離婚）】
例：離婚、同日父親が転出した場合

記載例

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

申請日 〇〇 年 〇 月 〇 日

市川市長

（現保護者） 申請者	氏名	市川 花子	子どもとの続柄（ 母 ）
	住所	市川市市川1-1-1	
	電話	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	

変更事項	<input type="checkbox"/> 児童の転居	<input type="checkbox"/> 口座変更	<input type="checkbox"/> 保険変更	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者変更	<input type="checkbox"/> 氏名変更	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 親のみ住所変更					

対象となる子ども	氏名①	市川 一郎	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	受給者番号	1234567
	氏名②	市川 次郎	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	受給者番号	9876543
	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（フリガナ）			
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 checked="" type="checkbox"/> 保護者でなくなる方	氏名	市川 太郎	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日
	変更理由	<input checked="" type="checkbox"/> 離婚日（〇〇年〇月〇日） <input type="checkbox"/> 別居日（〇〇年〇月〇日） <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

市川 花子

申請者以外の保護者氏名

【保護者変更（婚姻）】
例：ひとり親から婚姻をした場合

記載例

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

申請日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

市川市長

（現保護者） 申請者	氏名	八幡 静香	子どもとの続柄（ 母 ）
	住所	市川市末広1-1-31	
	電話	○○○ - ○○○○ - ○○○○	

変更事項	<input type="checkbox"/> 児童の転居	<input type="checkbox"/> 口座変更	<input type="checkbox"/> 保険変更	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者変更	<input type="checkbox"/> 氏名変更	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 親のみ住所変更					

対象となる子ども	氏名①	行徳 まる子	生年月日	2020 年 ○ 月 ○ 日	受給者番号	2233445
	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 (フリガナ)			
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 checked="" type="checkbox"/> 新たに保護者になる方	氏名	八幡 ます夫	生年月日	○○○ 年 ○ 月 ○ 日
	<input checked="" type="checkbox"/> 住所	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 他市区町村（ ○○県○○市 ）			
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

八幡 静香

申請者以外の保護者氏名

八幡 ます夫

【氏名変更】

例：入籍で子どもの姓が変わった場合

記載例

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

申請日 〇〇 年 〇 月 〇 日

市川市長

（現保護者） 申請者	氏名	八幡 静香 子どもとの続柄（ 母 ）
	住所	市川市末広1-1-31
	電話	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

変更事項	<input type="checkbox"/> 児童の転居	<input type="checkbox"/> 口座変更	<input type="checkbox"/> 保険変更	<input type="checkbox"/> 保護者変更	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名変更	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 親のみ住所変更					

対象となる子ども	氏名①	八幡 まる子	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	受給者番号	2233445
	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 (フリガナ)			
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"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 別居日（ ）			
	<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 checked="" 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のために、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 八幡 静香

申請者以外の保護者氏名 八幡 ます夫