様式第９号（第８条関係）

子ども医療費受給資格内容変更届

福井市長　あて

平成　　年　　月　　日

受給者　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（保護者）

ふりがな
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

	ふりがな 氏　名	生　年　月　日	対象者番号
子ども		平成　　年　　月　　日	3

次のとおり変更がありましたので届け出ます。（変更ある事項名を○で囲み、該当に☑をしてください。）

住所 □子ども □申請者	変更前	※変更前の住所が上記受給者住所と同一である場合は記入不要		
	変更後	電話　　（　　）	変更日	平成　　年　　月　　日
氏名 □子ども □申請者	変更前			
	変更後		変更日	平成　　年　　月　　日
振込口座（※1） □児童手当も変更（※2）	変更前	銀行 信用金庫 農協 労働金庫	営業部 支店 出張所 支所	
	変更後	銀行 信用金庫 農協 労働金庫	営業部 支店 出張所 支所	**普通預金** 口座番号 口座名義 （カタカナ）
組合員証等 被保険者証、	変更前	国保　国組　社会保険事務所 全国健康保険協会　健康保険組合　支部 共済組合		
	変更後	別添のとおり **（添付書類）　社会保険各法における被保険者証、加入者証又は組合員証**		

※１　**（添付書類）　変更後の普通預金通帳の写し**（名義カタカナ、銀行名、支店名が表示されたページ）

※２　児童手当の振込口座も同じ口座に変更を希望される場合は☑を付けてください。

本人確認	運転免許証・保険証・在留カード・ （　　）

受付		発行		最終確認	