

子ども医療費受給資格内容変更届

福井市長 あて

令和 年 月 日

受給者 住 所 _____
(保護者) ふりがな
氏 名 _____
電話番号 _____ (父・母・ _____)

※日中連絡がつく電話番号をお願いします。

Table with columns: 氏名(ふりがな), 生年月日, 対象者番号. Rows for children with birth dates and 3-digit identifiers.

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。)

Main application form with sections for: 住所 (Address), 氏名 (Name), 振込口座 (Bank Account), 被保険者証 (Insurance Card). Includes checkboxes for 'before' and 'after' changes.

※1 (添付書類) 変更後の預金通帳、キャッシュカード等振込先を確認できるもの

※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。

Bottom status table with columns: 本人確認 (本人確認), 運転免許証・保険証・在留カード (運転免許証・保険証・在留カード), 受付 (受付), 発行 (発行), 最終確認 (最終確認).