

子ども福祉医療費承認内容変更届

年 月 日

(宛先) 秋田市長

届出者 住所
 氏名
 連絡先

次のとおり変更がありましたので届出します。

子ども	氏名	生年月日	受給者番号				
			年 月 日				

変更内容 (☑)		変更前	変更後
<input type="checkbox"/>	変更後の健康保険	子どもの健康保険証の写しを準備し、合わせて提出してください。	
<input type="checkbox"/>	保護者等 (続柄:) 住所		<input type="checkbox"/> 届出者住所と同じ
<input type="checkbox"/>	受給者 (子ども) 住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ	<input type="checkbox"/> 上記と同じ
<input type="checkbox"/>	フリガナ		
	保護者等 (続柄:) 氏名		
<input type="checkbox"/>	フリガナ		
	受給者 (子ども) 氏名		

※ 処理 欄	子福・市民課 西部・北部・南部・駅東 河辺・雄和	区分	0歳 未就学児 小学生 中学生 高校生等	自己 負担	有 ・ 無	制度	74 ・ 80	処理日	受付者	確認者	子福
								/			

※印欄は記入しないでください。