

担 当	担当主査	課長補佐	決 裁	決 裁	令和 年 月 日
				受 付	令和 年 月 日

福祉医療証受給資格内容等変更届兼同意書

この申請時に所得状況及び課税状況を確認するため、課税台帳を閲覧することを承諾します。

子育て支援医療証(歳児用)
ひとり親家庭等医療証

受給資格内容等に下記のとおり変更が生じたので届けます。

令和 年 月 日

米沢市長 あて

届出者(被保険者) 住所

氏名

電話 ()

(子育て支援医療証で被保険者名変更の場合)
同 意 書

子育て支援医療証の交付のため、この申請時及び子育て支援医療の支給対象に認定された期間、住所・所得額等を公簿により確認することに同意します。

受(認 給定者)	医療証番号		住所	米沢市
	フリガナ			
	氏名			
	個人番号		生年月日	S・H・R 年 月 日

変 更 事 項	変更事由	保険変更	住所変更		
	変更年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
		旧		新	
	氏名				
	住所	米沢市	米沢市		
	加 入 保 険	フリガナ			
		被保険者名			
		保険種別	協会・組合・日雇・船員・共済・国保・組国・後期	協会・組合・日雇・船員・共済・国保・組国・後期	
		記号番号			
		保険者名			
所在地					
保険者番号					
	受給者との続柄及び個人番号	続柄 ()	続柄 ()		
	一部負担金	有 ・ 無		有 ・ 無	

(こども課確認欄)

所得税	有・無	総所得額	円	扶養人数	人	市単・県単	電・台・リ・受
-----	-----	------	---	------	---	-------	---------