

第8号様式（第5条関係）

鴨川市子ども医療費受給資格登録変更届

年 月 日

(宛て)

鴨川市長

届出人 住所
氏名 ④
電話 ()

子ども氏名 生年月日 受給者番号

下記のとおり子ども医療費受給資格登録の内容に変更がありましたので、鴨川市子ども医療費の助成に関する条例第11条第1項の規定により届け出ます。

記

I 変更事項（該当するものを○で囲む。）

- 1 保護者の住所 2 保護者の氏名 3 世帯構成
- 4 子どもの住所 5 子どもの氏名 6 受給者以外の保護者
- 7 加入医療保険 8 その他 ()

II 変更の内容

変更事項No.	変更年月日	変更前	変更後