

ひとり親家庭等児童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	制度	75 ・ 76	処理日	受付者	確認者	子福
	西部・北部・南部・駅東 河辺・雄和			/			

※印欄は記入しないでください。