課長	課長補佐	係長	係

第２号様式（第２条関係）

子ども医療費助成金受給資格者登録事項変更届

令和　　年　　月　　日

鹿屋市長　　様

届出者　氏　名

連絡先

次のとおり変更がありましたので、届け出ます。

なお、変更に際し、扶養義務者及び対象者世帯の地方税関係情報並びに被保険者及び対象者の加入保険関係情報について、鹿屋市が取得し、又は確認することに同意します。

区分			変更前		変更後	
住所						
対象者	受給資格者証番号					
	氏名					
	個人番号					
	受給資格者証番号					
	氏名					
	個人番号					
	受給資格者証番号					
	氏名					
	個人番号					
加入保険	被保険者	氏名		男・女		男・女
		生年月日				
		個人番号				
		住所				
	記号・番号					
	保険者名称					
振込先口座	金融機関名		銀行・金庫　本店・支店 組合・農協　支所・出張所		銀行・金庫　本店・支店 組合・農協　支所・出張所	
	口座番号					
	名義人					
その他						
変更年月日			年　　月　　日			

備考　　課税区分（　課税　・　非課税　）

（　　）