

課長	課長補佐	係長	係

子ども医療費助成金受給資格者登録事項変更届

年　月　日

鹿屋市長　　様

届出者 氏名
連絡先

下記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				
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				
被保険者	氏名	男・女	男・女	
加入保険	生年月日			
	個人番号			
	住所			
証記号・番号				
保険者名称				
所在地				
金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	本店 支店 出張所	銀行・金庫 組合・農協	本店 支店 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） 現物給付（有・無） ()			