

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、変更の際し、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				
加 入 保 険	被保険者	氏 名		男・女	男・女
		生年月日			
		個人番号			
		住 所			
	証 記 号 ・ 番 号				
	保 険 者 名 称				
	所 在 地				
振 込 先 口 座	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 ） （ ）			