第５号様式（第５条関係）

㊑　子ども医療費助成金受給資格者登録事項変更届

年　　月　　日

住　所
届出者
氏　名　　㊞

伊仙町長　殿

受給資格者番号		
受給資格者	氏　名	
	住　所	

	（ふりがな） 氏　名	生年月日	住　所	性　別	受給資格者との続柄
子ども	1	・　・		男・女	
	2	・　・		男・女	
	3	・　・		男・女	
	4	・　・		男・女	
	5	・　・		男・女	

変更内容			
	変更年月日	変更後	変更前

届出者が受給資格者と異なっているときはその事情	

注１　受給資格者が変わるときには，新受給資格者が子どもを監護する者となったことが確認できる資料を添えてください。
２　記名押印に代えて署名することができます。