

様式第7号（第7条関係）

子ども医療費受給資格変更届

年 月 日

岡山市長 様

届出人 住 所

(保護者等) 氏 名
電 話 () -

受給者番号	(フリガナ) 受給資格者 氏名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
変更事由に○を付けてください 1 氏名 2 その他	変 更 前	
	変 更 後	
変更年月日	年 月 日	
受給資格証の差し替えを希望します。	<input type="checkbox"/>	希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/>

※子ども医療費受給資格証を添えて提出してください。

市記入欄	来庁者 確認書類	申請者・申請者以外 () 免許証・保険証・その他 ()
	(代理権)	委任状・資格証・その他 ()