様式第９号（第８条関係）

子　子ども等医療費受給資格内容変更等届

資格証の記号番号			
区分	変更種別	新	旧
受給資格者	ふりがな 氏名		
	住所	隠岐の島町	隠岐の島町
子ども等	ふりがな 氏名		
	住所	隠岐の島町	隠岐の島町
加入保険	被保険者氏名		
	保険種別		
	保険者名		
	保険者所在地		
	保険証記号番号		
	附加給付金の有無	有　・　無	有　・　無
	給付内容		
他の制度による医療費助成を受けることとなったとき	助成制度名		
変更等事由発生年月日			
変更等事由			

上記のとおり変更等したのでお届けします。

令和　　年　　月　　日

申請者　住　　所　隠岐の島町

氏　　名

電話番号（　　）　　－

（子ども等との続柄　　）

隠岐の島町長　　様

申請者確認	□ 被保険者証　□ 免許証　□ その他（　　）