

様式第7号（第7条関係）

乳幼児・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) 氏 名
電 話 () ー

受給者番号	(フリガナ) 受給資格者 氏名	生年月日
		年 月 日
変更事由に○を付けてください 1 氏名 2 住所 3 加入保険関係 (1) 被保険者名 (組合員等) (2) 保険者名及び保険者番号 (3) 記号・番号 (4) 附加給付の内容 (5) その他 4 その他	変 更 前	
	変 更 後	
変更年月日	年 月 日	

※乳幼児医療費受給資格証又は子ども医療費受給資格証及び保険証（被保険者証又は組合員証）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 ()