第６号様式（第４条関係）

年　　月　　日

南九州市長　　様

住　所
氏　名

子ども医療費給付受給資格者登録事項変更届

受給者番号		
受給資格者	氏　　名	
	住　　所	

	（ふりがな） 氏　　名	生年月日	住　　所	受給資格者との続柄
子ども		・　・		
		・　・		
		・　・		
		・　・		
		・　・		

変更内容			
変更事項	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　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証できる資料を添えてください。