様式第５号

資格事項変更(喪失)届

年　　月　　日

摂津市長　様

申請者は保護者です
保護者変更の場合は新しい
保護者名で記入ください

届出者　住　所　**摂津市三島1－1－1**

氏　名　**摂津　太郎**

受給(対象)者との続柄　（　　**父**　　）

電話番号　**090 - ○○○○ - △△△△(母携帯)**

次のとおり届け出ます。

医療助成の別	子ども医療

	変　　更	変 更 前
① フリガナ 氏　　名		
② 生年月日		
③ 個人番号		
④ 居 住 地	摂津市	
⑤ 医療保険の 加入状況	(被保険者・組合員又は世帯主の氏名)	
	(被保険者・組合員又は世帯主の住所)	
	(被保険者証又は組合員証の記号番号)	
	(被保険者・組合員又は世帯主との続柄)	
	(保険者の名称) (保険種別　　) (番号　　)	(保険種別 (番号
	(保険者の所在地)	
⑥ 届出事由		
受給(対象)者 番号		

変更となる項目のみ
記入してください。
保険変更の場合は新
しい保険の資格が確
認できるものを添付し
てください

No	

決裁	課　長	課長代理	係　長	係　員	確　認	受　付