

高校生等医療費助成受給資格登録変更届

年 月 日

神崎町長 様

申請者 (保護者)	氏 名	Ⓜ (高校生等との続柄)
	氏 名	
高校生等	生年月日	年 月 日

下記のとおり高校生等医療費助成受給資格の登録事項の内容に変更・誤りがありましたので、受給登録の変更を申請します。

記

・変更があった事項に○を付け、変更内容の記入及び必要書類の添付をしてください。

氏名の変更

フリガナ	
氏 名	

住所の変更

〒	—]
新住所	神崎町	
電話番号	()	

就学先の変更

・学生証又は就学していることが証明される書類の写しを添付

就学先		学年

加入保険の変更

・保険証の写しを添付

振込口座の変更

・通帳の写しを添付