

小児医療費助成事業申請事項変更届

受給者番号	5	5	1	2	3	4	5
変更理由	1住所 2氏名 3健康保険 4その他						
	前住所						
	新住所						
	変更後氏名			変更前氏名			
	新健康保険 別添のとおり						
届喪失届	1. 転出 転出先 () 2. 年齢到達・その他 () 3. 他公費受給 (ひとり親家庭等医療・重度障害者医療・生活保護・その他) 4. 死亡						
大和市長 へ 上記のとおり、小児医療費助成事業申請事項に変更がありましたので申請します。 ○年 ○月 ○日							
住所	大和市△△△△△△△△△△△△△△						
電話番号	046-260-5608						
ふりがな 児童氏名	やまと みらい・たけやす 大和 未来・健康						
保護者氏名	大和 太郎						
市役所整理欄	備考						
				受付	入力	確認	

兄弟姉妹がいる場合は、氏名を列記の上、全員分の医療証と健康保険証のコピーを添付してください。

- ・小児医療証のコピーとお子様の保険証のコピーを添付してください。
- ・この書式は、保険変更の届にのみ使用できます。