

子ども医療費助成事業申請事項変更届

受給者番号									
変更理由届	<input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> その他()								
	前住所								
	新住所 下記のとおり								
	変更前児童氏名					変更後児童氏名 下記のとおり			
新健康保険 別添のとおり									
喪失届	<input type="checkbox"/>転出 転出先()								
	<input type="checkbox"/>年齢到達・その他()								
	<input type="checkbox"/>他公費受給 (ひとり親家庭等医療・障害者医療・生活保護・その他)								
	<input type="checkbox"/>死亡								
<p>大和市長 あて</p> <p>上記のとおり、子ども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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住 所 <u>大和市</u></p> <p>フリガナ 児 童 氏 名 _____</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>電 話 番 号 _____</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>父携帯 <input type="checkbox"/>母携帯 <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>その他()</p>									

- ・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。

市役所確認欄

来庁者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()
来庁者の本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 基礎年金番号通知書又は年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()
新証	<input type="checkbox"/> 窓口交付済 <input type="checkbox"/> 郵送
旧証	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未回収
特記事項	

受付	入力	確認