

# 小児医療費助成事業申請事項変更届

受給者番号							
変更理由届	<del>           ①住所 ②氏名 ③健康保険 ④その他( )         </del>						
	<del>前住所</del>						
	<del>新住所</del>						
	<del>変更後氏名</del>			<del>変更前氏名</del>			
	<del>新健康保険</del>						
別添のとおり							
<del>           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         </del>							
大和市長 あて 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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>							
住所 _____							
電話番号 _____							
ふりがな _____							
児童氏名 _____							
保護者氏名 _____ 印							
市役所整理欄		備考					
				受付	入力	確認	

捺印に代えて署名することができます。

- ・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。