

第8号様式(第15条関係)

子ども医療費助成事業申請事項変更(消滅)届

医療証 番号	負担者番号	8	1	1	4	0	5	3	5
	受給者番号								
変更の場合	変更後の氏名 (変更前の氏名)		()						
	変更後の住所 (変更前の住所)		〒 電話() - ()						
	変入	保険の種類							
	更医	被保険者等氏名					申請者との続柄		
	後療	被保険者証等記号番号					保険者名		
	の保	保険者の所在地 (保険者番号)							
	加險	付加給付の有無	有 ・ 無						
その他の事項									
変更年月日		令和 年 月 日							
消滅の場合	消滅理由	1 他の市町村に転出(転出先)							
		2 生活保護受給							
		3 死亡							
		4 その他()							
消滅年月日		令和 年 月 日							
<p>申請事項に変更がありました 上記のとおり、子ども医療助成事業の 受給資格が消滅しました ので届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>(宛先)綾瀬市長</p> <p style="text-align: right;">住 所 綾瀬市</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>									

受付者

返却	有効期限記入	返信用封筒お渡し	未返却	再交付