

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( ) - ( )							
	変更後療 の保 加	変入	保険の種類							
		医	被保険者等氏名					申請者との続柄		
		後	被保険者証等記号番号					保険者名		
		療	保険者の所在地 (保険者番号)							
	の	付加給付の有無	有 ・ 無							
保	その他の事項									
加	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。 令和 年 月 日</p> <p>(宛先)綾瀬市長 住所 綾瀬市 氏名</p>										

受付者	
-----	--

引き換え案内	返却	有効期限記入	未返却/返却案内