第２－１号様式（乳）（親）第８条関係、（子）（青）第９条関係）

乳 子 青 親

申 請 事 項 変 更 （ 消 滅 ） 届

申請（届出）の制度区分	☐ 乳幼児医療・義務教育就学児医療・高校生等医療　　☐ ひとり親家庭等医療

申請（ 届出 ）区分	☐ 申請事項変更　　☐ 資格消滅

1申請事項変更	変更事項		☐ 氏名　☐ 住所　☐ 保険　☐ その他（　　）
	①氏名	新氏名	（子） （子）
		旧氏名	（子） （子）
	変更年月日		年　月　日
	②住所	新住所	電話：
		旧住所	
	変更年月日		年　月　日
	③加入した保険	☐ 清瀬市の国民健康保険以外は、**保険証の写し**を添付することで記入の省略をすることができます	
		☐ 清瀬市の国民健康保険に加入の場合は、下記に記入 ↓	
		国保上の世帯主氏名	☐ 申請者本人　☐ 本人以外　申請者との続柄 ：
		被保険者証記号番号	記号 ４４－　番号
	変更年月日		年　月　日　**※注意　共済保険の場合は児童手当確認する。**
	④その他		
	変更年月日		年　月　日

2資格消滅	消滅理由	1　他の区市町村に転出　電話： （ 転出先 ： ） 2　生活保護受給 3　死亡 4　ひとり親家庭でなくなった （具体的理由： ） 5　その他 （ ）
	消滅年月日	年　月　日

上記のとおり、医療費助成制度の申請事項が変更（消滅）しましたので届け出ます。

年　月　日

清瀬市長　殿　　住所

フリガナ

申請者　氏名

生年月日

下記は、市記入欄となりますので記入しないでください。

宛名番号	入力日	令和　年　月　日	課長	係長	確認	入力
備考	発送日	令和　年　月　日				