

乳 子 育 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 4 4 - 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	発送
備考		/	/