

小児医療証の受給者番号を記入

小児医療費助成事業申請事項変更用

医療証 番 号	負 担 者 番 号	8	1	1	4	0	5	2	7	
	受 給 者 番 号	1	2	3	4	5	6	7		
変 更 の 場 合	変 更 後 の 氏 名 (変 更 前 の 氏 名)	[寒 川 町 宮 山 1 6 5 のため変更] (寒 川 一 郎)								
	変 更 後 の 住 所 (変 更 前 の 住 所)	〒 寒 川 町 宮 山 1 6 5 (寒 川 町)								
	変 更 後 の 医 療 保 険	保 険 の 種 類								
		被 保 険 者 名					申 請 者 と の 続 き 柄			
		被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号					保 険 者 名			
		保 険 者 の 所 在 地								
		附 加 給 付 の 有 無								
	そ の 他 の 事 項									
変 更 年 月 日	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 (ひ と り 親 家 庭 等 医 療 費 助 成 制 度 の 対 象 と な る た め)								
	消 滅 年 月 日	年 月 日								
上記のとおり、小児医療費助成事業の申請事項に変更がありましたので届け出ます。 受給資格が消滅したため										
申請者の情報を記入 (あて先) 寒川町長										
住所 寒川町 宮山 1 6 5 氏 名 寒 川 一 郎 個人番号 1234 5678 9876 T E L (7 4) 1 1 1 1										

申請者の情報を記入

福祉医療証の資格取得年月日を記入