

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)	[のため変更] ()							
	変更後の住所 (変更前の住所)	〒 電話 () - 寒川町 (寒川町)							
	変更 加入 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 (重度障害者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

重度障害者医療証の資格取得年月日を記入