第８号様式（第１１条関係）

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届

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）	〒253−0105　　電話（　０４６７　）　７４　−　１１１１ 寒川町　岡田９−１ （寒川町　宮山１６５）		
	変更後の加入医療保険	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	平成　２８年　１２月　　１日		

転居の日を記入

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	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　受給資格が消滅しました　ので届け出ます。

年　　月　　日

申請者の情報を記入

（あて先）寒川町長

住　　所　寒川町　宮山１６５

氏　　名　寒川　一郎

個人番号　1234 5678 9876

ＴＥＬ　（　７４　）１１１１