

第8号様式（第12条関係）

小児医療費助成事業申請事項変更（消滅）届

受給者番号	小児氏名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

1 医療費助成の申請事項が次のとおり変更しましたので、届け出ます。

①住所	新) 逗子市 丁目 番 号
	旧) 逗子市 丁目 番 号
②小児氏名	新) () 旧) ()
③保護者氏名	新) () 旧) ()
④加入保険	新) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保
	旧) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保

※ ④加入保険の変更の場合は、変更後の健康保険証の写しを添付すること

2 医療費助成の受給資格が消滅しましたので、届け出ます。

消滅理由

消滅理由	1 他の医療費助成制度を受けることになった（制度名 ()）
	2 生活保護受給
	3 市外転出
	4 その他
	()

変更・資格消滅年月日	年 月 日
------------	-------

年 月 日

逗子市長

申請者 住 所
 電話番号 ()
 氏 名
 小児との続柄