

子ども医療費助成制度申請事項変更届

| | | | | | | |
|---|-------------|-------|--------|---------------------------------|-----------|-------|
| 子ども | 氏名 | 受給者番号 | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | |
| 保護者等 | 氏名 | 電話番号 | | (自宅 / 母携帯 / 父携帯 / 勤務先 / その他()) | | |
| | 住所 | | | | | |
| 変更内容 | 1 子ども氏名変更 | | 3 住所変更 | | 5 保護者等変更 | |
| | 2 保護者等氏名変更 | | 4 保険変更 | | 6 その他() | |
| | 変更前 | | | | 変更 年月日 | 年 月 日 |
| <p>加入保険を変更された方のみお子様の名前が記載されている健康保険証のコピーを貼付してください。</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 400px; height: 150px; margin: 20px auto; text-align: center; padding: 50px 0;"> <p style="font-size: 24px; margin: 0;">貼付欄</p> </div> <p>この欄に添付できない場合は裏面を使用してください。</p> | | | | | | |
| <p>上記のとおり、子ども医療費助成制度の申請事項が変更しましたので届け出ます。</p> <p style="text-align: center; margin: 20px 0;">年 月 日</p> <p>目黒区長 宛て</p> <p style="text-align: center;">(保護者等)</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> | | | | | | |
| ※処理 | 子育て支援課 ・ 郵送 | | 受付日 | 入力日 | 発行 | 回収 |
| | 地区(中・西・南・北) | | | | | |
| | | (受付者) | | | | |

※印欄は記入しないでください。