

子ども医療費助成制度申請事項変更届

		受 給 者 番 号						
子 ど も	氏 名							
	生年月日	年	月	日	在 学 校 等	乳 幼 児 ・ 小 学 ・ 中 学	学 年	年
保 護 者	氏 名			電 話 番 号	(自 宅 / 母 携 帯 / 父 携 帯 / 勤 務 先)			
	住 所	目黒区 丁目 番 号 方書						
変 更 内 容	1 子ども氏名変更		3 住所変更		5 保護者変更			
	2 保護者氏名変更		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 gray; width: 40%; margin: 20px auto; text-align: center; padding: 20px;"> <p style="font-size: 2em; 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: 10px 0;">年 月 日</p> <p>目黒区長 宛て</p> <p style="text-align: center;">(保護者)</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。