

申請事項(変更届) 記入例

第7号様式(第10条関係)

子ども医療費助成申請事項(変更届)

品川区長 あて

申請者氏名 品川 太郎 品川 印

子ども医療費助成制度の、申請事項が変更になりましたので届出します。

認定番号	受給者番号	児童(現)氏名
	3 4 5 6 7 8 9	品川 花子

氏名の変更	保護者(新氏名)	
	保護者(旧氏名)	
住所の変更	新住所	品川区 電話()
	旧住所	品川区 電話()
加入保険の状況	<p>●加入保険の状況</p> <p>保険証が変更になった場合は、新しい保険証のコピーを添付してください。</p>	
変更年月日	年 月 日	
変更理由	転居 ・ 就職 ・ 転職 ・ 退職 ・ その他() (国年・厚年・共済・未加入) (国年・厚年・共済・未加入)	
	子手区分 <input type="checkbox"/> 非被用者 <input type="checkbox"/> 被用者 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 非被用者 <input type="checkbox"/> 被用者 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 子手(公務員) <input type="checkbox"/> 特例給付(公務員) <input type="checkbox"/> 子手(公務員) <input type="checkbox"/> 特例給付(公務員)	
保険証確認	医療証確認	医療証再交付
入力等		

申請者(保護者)氏名の記入と捺印、受給者番号(医療証の2行目に印字されている番号)と児童氏名をご記入ください。

●氏名の変更
保護者が変更になった場合に(新)と(旧)にご記入ください。

●住所の変更
品川区内で転居した場合に(新)と(旧)にご記入ください。

●変更理由
変更になった理由(該当するものが無い場合は(その他))に○をつけてください。

変更事項のみご記入ください。