


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)

平成 年 月 日

品川区長 へ

申請者氏名 **品川 太郎** 

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 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 <input type="checkbox"/> 非被用者 <input type="checkbox"/> 非被用者 手 <input type="checkbox"/> 被用者 <input type="checkbox"/> 非該当 → <input type="checkbox"/> 被用者 <input type="checkbox"/> 非該当 区 <input type="checkbox"/> 子手(公務員) <input type="checkbox"/> 子手(公務員) 分 <input type="checkbox"/> 特例給付(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 | | 受付済 |

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。