

乳幼児医療費助成  
申請事項変更 (消滅) 届

受給者番号	児童の氏名	生年月日
	国分寺 太郎	●●年 ●●月 ●●日

1 申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住所	(新) 国分寺市▲▲町▲丁目▲番地	同じ制度で対象のお子さまが複数いる場合、 全員の氏名と生年月日をご記入ください。
	(旧) 国分寺市●●町●丁目●番地	
記載不要です		
市内転居の場合は、異動日を記入		
変更・消滅年月日	●●年	●●月 ●●日

※ 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

国分寺市長 殿

記入した日	保護者 住所氏名 電話番号	●●年 ●●月 ●●日 国分寺市●町●丁目●番地 国分寺 一郎 042-●●●●-●●●●
転居後の住所・医療証記載の 保護者名を記入		

※母子のみで転出⇒消滅通知は保護者である父宛てに送付してよい

はい  いいえ (宛先: )

事務処理欄	消滅	変更
	<input type="checkbox"/> 日付修正または回収 <input type="checkbox"/> 郵送回収指示	<input type="checkbox"/> 医療証有 ⇒ <input type="checkbox"/> 交換済み <input type="checkbox"/> 後日郵送希望(医療証回収済み) <input type="checkbox"/> 医療証無 <input type="checkbox"/> 希望なし