

子ども医療費受給資格変更(再交付・喪失)申請書

●年 ●月 ●日

袋井市長

窓口への提出日

助成対象者 住所 **袋井市新屋1-1-1**

氏名 **袋井 太郎**

電話 **0538-44-3184**

袋井市子ども医療費助成要綱第5条第5項の規定により、子ども医療費受給資格の変更等について申請します。

なお、医療保険各法で定められた高額療養費等に該当するときは、必要な所得状況等を市長が公簿等により確認することに同意し、保険者への申請及び受領を袋井市長に委任します。

申請事由	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 加入保険変更 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※事由発生年月日	<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()	
(. .)	<input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	申請の内容	変更前の内容
子ども	フリガナ	
	氏名	変更【後】の内容
	生年月日	年 月 日 男 女
	住所	を記入してください
	個人番号	
(保護者等) 助成対象者	住所	※ 変更のある項目のみ
	氏名	子どもとの続柄()
	個人番号	
加入保険	記号番号	
	被保険者	
	勤務先	
	保険者名	
	保険者所	