

収受印

子ども医療費助成申請事項変更・資格消滅届

受給者番号										
申請事項変更	住所	変更前	厚木市						変更年月日	
		変更後	厚木市						平成	年 月 日
		家族構成	変更なし・変更あり(内容:)							
	子ども氏名	変更前							平成	年 月 日
		変更後								
		変更区分	本名・通称名							
	養育者	変更前							平成	年 月 日
		変更後								
		同意	本届出及び資格更新時等に、住所及び所得状況に係る事項について、公簿及び課税台帳により確認することに同意いたします。							
		理由	離婚・養子縁組・別居開始(市内・市外・国外) 別居解消・死亡・その他()							
健康保険	保険証の写し貼付欄							/		
資格消滅	消滅理由	転出(転出先住所) 他制度切替(ひとり親・生活保護・) 死亡 その他()								
	消滅年月日	平成・令和 年 月 日								
上記のとおり、子ども医療費助成について、申請事項の変更又は資格の消滅を届け出ます。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> (宛先) 厚木市長 届出者住所 _____ 届出者氏名 _____ 電 話 _____ 自宅・父・母・ 子ども氏名 _____ 子ども生年月日 . .										