

小児医療証交付申請事項変更届

年 月 日

愛 川 町 長 殿

住 所 _____
 届出人 _____
 氏 名 _____
 (養育者)
 電 話 _____ () _____
 小児との続柄 _____

次のとおり届け出ます。

対象の小児	氏 名	生 年 月 日	性 別	
			年 月 日	男・女
			年 月 日	男・女
			年 月 日	男・女
			年 月 日	男・女
			年 月 日	男・女
変更理由	<input type="checkbox"/> 氏名変更（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 住所変更（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 保険変更（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 養育者変更（ 年 月 日）			
	変更後の養育者氏名			
	変更後の養育者の個人番号			
	※小児医療費助成を受けるにあたり、愛川町の職員が助成に必要な次のことを行うことに同意します。 ・対象者及び受給資格の認定に必要な親族等の所得状況の確認 ・加入する健康保険の保険者及び医療機関に対し、対象者及び確認に必要な親族等の保険情報（資格および保険給付の内容等）についての確認及び調整 ・他公費負担医療を受給している場合、その情報についての確認			
	<input type="checkbox"/> そ の 他 （ ）			
喪失理由	<input type="checkbox"/> 転 出 （ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 死 亡 （ 年 月 日）			
	<input type="checkbox"/> 生 保 （ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 他公費移行（ 年 月 日）			
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			

