

①・② 医療証 申請事項変更・消滅届

下記のとおり、乳幼児医療費助成制度(①)および義務教育就学児医療費助成制度(②)の受給資格の変更・消滅について届出します。

町田市 市長 宛

届出日 年 月 日

受付印	
	インターネット

保護者	フリガナ氏名			
	(旧)住所	町田市	生年月日 年 月 日	
		電話番号	()	
対象児童	氏名	生年月日	受給者番号	※入力
	1	. .		
	2	. .		
	3	. .		
	4	. .		

変更(該当欄に○印)	1 保険変更	⇒ この用紙に対象児童の健康保険証コピーを添付してください
	2 市内転居 再交付希望 有・無	転居先住所 TEL () 町田市
	3 氏名変更	(保護者) 旧氏名 → 新氏名
		(児童) 旧氏名 → 新氏名
	4 児童と別居	保護者転居(転出)先住所 TEL ()
	市外転出の場合	<input type="checkbox"/> 公簿等により住民基本台帳関係情報、地方税関係情報等を取得することに同意します。 ※ 同意いただけない場合は、所得証明書の提出が必要になります。
5 児童と同居		
6 その他		
変更日		年 月 日

消滅(該当欄に○印)	1 市外転出	連絡先TEL :
	2 保護者のみ海外転出	
	3 児童を監護(養育)しなくなった	
	4 生計中心者の変更	
	5 生活保護受給	
	6 その他	
消滅日		年 月 日

回収日	交付日	交付確認
入力	入力確認	

備考	新保護者での申請 有・無(消滅事由2、3、4のとき)
	住基反映後の送付 要・不要(変更事由2、3のとき)