第6号様式（13条関係）

乳・子・青 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（乳）、義務教育就学児医療費助成制度（子）および高校生等医療費助成制度（青）の受給資格の変更・消滅について届出します。

町　田　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	☐ **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）