

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(マル乳)、義務教育就学児医療費助成制度(マル子)および高校生等医療費助成制度(マル青)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

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資格情報が確認できるものの写しを添付してください。 ※「健康保険証」、「資格確認証」、「資格情報のお知らせ」を指します。					
	2 市内転居	転居先住所	Tel ()				
	再交付希望 有・無	町田市					
	3 氏名変更	(保護者) 旧氏名	→ 新氏名				
	離婚・婚姻	(児 童) 旧氏名	→ 新氏名				
	4 婚姻関係	(元)配偶者の氏名	と 婚姻・離婚	(元)配偶者の生年月日	年	月	日
	婚姻の場合	婚姻日または離婚日	年	月	日	(元)配偶者の住所	
5 児童と同居	<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。						
6 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。						
7 その他							
変 更 日		年 月 日					

消 滅 (該 当 欄 に ○ 印)	1 転出(市外・国外)	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)