

大磯町小児医療費助成事業申請事項変更(消滅)届

年 月 日

大磯町長 殿

(新)住所 大磯町

電 話 _____

氏 名 _____

下記のとおり、大磯町小児医療費助成事業の申請事項が変更(受給資格が消滅)しましたので届け出ます。

対象小児

1	ふりがな		受給者番号					
	氏名							
2	ふりがな		受給者番号					
	氏名							
3	ふりがな		受給者番号					
	氏名							

氏名の変更

		申 請 者	対 象 小 児					
新氏名	ふりがな							
	氏名							
旧氏名	ふりがな							
	氏名							

住所の変更

新住所	大磯町
旧住所	大磯町

保険の変更

保険の種類	1. 国保	2. 組合	3. 協会	4. 日雇	5. 船員	6. 共済
被保険者氏名					対象小児との続柄	
被保険者 記号番号	記号	番号				
保険者番号		保険者名				

資格消滅

1. 他市町村に転出(転出先 _____) 2. 生活保護受給 3. 障害者医療受給 4. ひとり親医療受給 5. 死亡 6. その他(_____)
--

変更・消滅 年月日	年 月 日
--------------	-------