

市外転出の場合

 ひとり親家庭等医療費助成制度

申請事項変更（消滅）届

 乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療費助成制度

負担者番号	8	8	1	3	7	3	1	0	対象者氏名	調布 一郎
受給者番号	3	0	1	0	1	2	3	生年月日		
負担者番号	8	8	1	3	8	3	1	8	対象者氏名	調布 和子
受給者番号	3	0	1	2	5	4	7	生年月日		
負担者番号									対象者氏名	
受給者番号										

対象者毎に医療証の負担者番号，受給者番号，氏名，生年月日を記入してください。

変更の場合	<input type="checkbox"/> 氏名	フリガナ 旧氏名	
		フリガナ 新氏名	
	<input type="checkbox"/> 住所	旧住所	
		新住所	
		のため変更	
<input type="checkbox"/> 加入医療保険		変更後の詳細については別添写しのとおり	
1に○をつけてください。		令和	
		転出先（引っ越し先）住所を記入してください。	

消滅の場合	消滅理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1：転出（転出先住所 北海道札幌市 ） <input type="checkbox"/> 2：死亡（児童・保護者） <input type="checkbox"/> 3：生活保護受給 <input type="checkbox"/> 4：児童を監護しなくなった <input type="checkbox"/> 5：その他（ ）
	消滅年月日	令和 ○年 ○月 ○日

転出届に記入した転出日を記入してください。

上記のとおり，（申請事項が変更・**受給資格が消滅**）した

令和 ○年 ○月 ○日

調布市長 宛

住所 調布市 **小島町1-1-1 マンション調布101**電話番号 **(父)・母・自宅 090 (1234) 5678**氏名 **調布 太郎**

現住所，連絡のとれる電話番号，医療証に記載の保護者名を記入してください。