

医療証発行		医療証回収		受付
済	未	有	後日 郵便・窓口	

台東区子ども医療費助成
申請事項変更届兼受給資格消滅届

医療証	負担者番号								
	受給者番号								
子ども	氏名								
	生年月日	年	月	日生	年	月	日生		
	氏名								
	生年月日	年	月	日生	年	月	日生		
保護者等 (医療証記載)	氏名								
変更の場合	変更事項	1 氏名変更(保護者等・子ども)		2 住所変更					
		3 加入健康保険変更		4 その他					
	変更年月日	年	月	日					
	変更内容	変更前			変更後				
消滅の場合	消滅理由	1 他の市区町村に転出 転出先住所							
		電話番号 ()							
		2 生活保護受給		年	月	日	保護開始		
	3 保護者等変更								
	4 その他()								
	消滅年月日	年	月	日					

申請事項を変更
上記のとおり、子ども医療費助成制度の
受給資格が消滅
しましたので届け出ます。

年 月 日

台東区長 殿

住所 _____

氏名 _____

担当入力
チェック

/