様式第５号（第13条、第16条関係）

子供医療費助成制度申請事項変更（消滅）届

医療証番号	負担者番号									乳・子・青
	受給者番号								／	

（フリガナ） 対象子供		生年月日	

変更の場合	変更後氏名			変更前氏名		
	新住所 （旧住所）	西東京市 西東京市				
	新加入医療保険	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			申請者との続柄	１本人　２
		被保険者証記号・番号	記号	保険者名	番号	
			番号		名称	
	その他の事項					
	変更年月日	年　　月　　日				

消滅の場合	消滅理由	１　転出（転出先　　） ２　生活保護受給開始 ３　他医療費助成制度受給開始（　マル親　・　マル障　・　その他　　） ４　死亡　（氏名：　　） ５　監護なし ６　申請者切替 ７　その他（申請者死亡・施設入所・その他　　）
	消滅年月日	年　　月　　日

上記の通り、子供医療費助成制度の　申請事項が変更／受給資格が消滅　しましたので届け出します。

年　　月　　日

西東京市長　宛

住　所　　西東京市

（フリガナ）
医療証の申請者氏名

電　話　　－　　－　　（父・母・その他　　）

処理日		受付	

回収　：　済・有効期限訂正済・未・返信用封筒渡し済
発行　：　済（窓口・保谷）・未（郵送　　／　　）