

様式第7号（第9条関係）

小児医療費助成事業申請事項変更届

対象児童の氏名				
変更の場合	変更後の氏名 (変更前の氏名)	() (ため変更)		
	変更後の住所 (変更前の住所)	〒 湯河原町 (湯河原町) 電話		
	勤務先	業		
	勤務先	勤務先		
	勤務先住所			
	保険の種類	1国保 2他国保 3協会けんぽ 4組合 5日雇 6共済 7船員		
	被保険者氏名		申請者との 続柄	
	保険証記号番号		保険者名	
	保険者の所在地			
	附加給付の有無			
その他の事項				
変更年月日		令和 年 月 日		
消滅理由	1 他の市町村に転出 (転出先) 2 生活保護受給 3 死亡 4 その他 ()			電話)
消滅年月日		令和 年 月 日		
<p>上記のとおり、小児医療費助成事業の 申請事項に変更がありました ので届け出ます。 受給資格が消滅しました</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>湯河原町長様</p> <p>住所 湯河原町</p> <p>氏名</p>				