

養育医療受給者住所等変更届

（あて先） 高崎市長

令和 年 月 日

申請者 〒

住 所

氏 名

（受療者との続柄 ）

電話番号

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

| | | |
|-------|------------------------|--------|
| 受給者番号 | | |
| 受療者氏名 | | |
| 変更年月日 | 年 月 日から | |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| 1 | ふりがな | |
| | 受療者氏名 | |
| 2 | 受療者住所 (〒 —) | (〒 —) |
| 3 | ふりがな | |
| | 扶養義務者 氏 名 | |
| 4 | 扶養義務者 住 所 (〒 —) | (〒 —) |
| 5 | 加入して いる保険 | |
| 6 | そ の 他 | |

注1 変更事項1～6の該当する番号に○をつけてください。

2 3、4の変更で本市の住民でない場合は住民票の写し、5の変更の場合は保険証の写しを添付してください。