記入例（転出の場合）

13条関係）

入　力	医療証

乳幼児、義務教育就学児及び高校生等医療費助成制度

申 請 事 項 変 更 （ 消 滅 ） 届

受給者番号	児童の氏名	生年月日
1 2 3 4 5 6 7	立川　一郎	○○ 年 ○ 月 ○ 日

対象児童が複数いる場合は2枚目以降に児童の氏名、生年月日のみご記入ください。

1　申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住　所	（新）		
	（旧）		
氏　名	保護者	（新）	（旧）
	児　童	（新）	（旧）
加入保険	種　類	1 国　保　2 組合国保　3 組　合　4 協　会 5 共　済　6 その他（　　）	
	被保険者氏名		
	記　号		保険
	番　号		
	保険者番号		所在
その他	例）児童のみ転出		

児童のみ転出する場合はその他欄にご記入ください。

立川市で児童手当を受給している場合

・保護者と児童が転出する場合
児童手当の資格は消滅になります。児童手当の資格消滅届の提出が必要です。

・児童のみ転出する場合
児童手当の資格は継続されます。児童手当の申請内容変更届と別居監護申立書の提出が必要です。

2　受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消滅理由	① 他の市区町村に転出 （転出先 ○○県○○市○○町○－○　　電話番号　　） 2　生活保護受給 3　死亡 4　その他　（　　）
変更・消滅年月日	○○ 年　○ 月　○ 日

転居の時は、届出日ではなく、異動日をご記入ください。

※　番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

立川市長　殿

○○ 年 ○ 月 ○ 日

保護者　住　所　立川市○○町○○番○○号

氏　名　立川　太郎

電話番号　９９９-９９９９-９９９９

不足書類	加入医療保険　課税証明書（　年度） その他（　　）　□ 依頼済（　／　）	市受付印
備考	※他制度受給状況：児扶・育成・マル親・住宅	受付者