

児童手当・特例給付

医療証 医療証

申請内容変更

・資格消滅届

収受印

立川市長 殿

申請日

年 月 日

※太線枠内をご記入ください。記名押印に代えて署名することができます。

フリガナ 受給者 氏名		印		生年月日 年 月 日		電話番号 自宅・携帯 (父・母・その他)		
住 所	変更前							
	変更後 現住所							
対象の児童		氏名		生年月日		受給者番号		区分
				年 月 日				都費 市費
				年 月 日				
				年 月 日				

変更の場合

変更した日付 年 月 日

保険証・年金 の変更 <input type="checkbox"/>	(立川市の国保以外に加入の方は、新しい保険証のコピーを添付して下さい。)	
住所の変更 <input type="checkbox"/>	全員・一部(受給者・児童)	
氏名の変更 (全員・一部) <input type="checkbox"/>	変更前:	変更後:
個人番号・ 世帯員の変更 <input type="checkbox"/>		
保護者変更 <input type="checkbox"/>		

医療証の再発行は?
要・不要・修正済

※転出の時は、届出日ではなく、異動日をご記入ください。

消滅の場合

消滅した日付 年 月 日

消滅の理由	<input type="checkbox"/> 他の市区町村に転出した → 全員・一部(受給者・児童)
	<input type="checkbox"/> 受給者の変更 → 新規申請は... 有・無 ア 結婚 イ 離婚 ウ 受給者が海外へ単身赴任 エ 生計中心者変更 オ その他()
	<input type="checkbox"/> 受給者が公務員になった
	<input type="checkbox"/> 受給者・対象の児童が死亡した
	<input type="checkbox"/> 他の医療制度の対象となった(親・障)
	<input type="checkbox"/> 生活保護の受給を開始した
	<input type="checkbox"/> 監護しなくなった
	<input type="checkbox"/> その他()

口座変更の予定は...
ある・なし