

様式第10号（第7条関係）

養育医療受給者居住地等変更届出書

|  |       |       |  |  |  |  |  |     |   |          |  |
|--|-------|-------|--|--|--|--|--|-----|---|----------|--|
| 公費負担者番号  |       |       |  |  |  |  |  |     |   | 本人<br>氏名 |  |
| 公費負担医療<br>の受給者番号   |       |       |  |  |  |  |  |     |   |          |  |
| 住所、現<br>在地又は<br>居住地<br>の変更   | 本人    | 変更前   |  |  |  |  |  | 変更後 | 〒 |          |  |
|  | 扶養義務者 | 変更前   |  |  |  |  |  | 変更後 | 〒 |          |  |
| 扶養義務<br>者の変更   | 氏名    | 変更前   |  |  |  |  |  | 変更後 |   |          |  |
| 保険者等の名称の変更   |       | 変更前   |  |  |  |  |  | 変更後 |   |          |  |
| 被保険者証等の<br>記号及び番号の変更   |       | 変更前   |  |  |  |  |  | 変更後 |   |          |  |
| 変更年月日  |       | 年 月 日 |  |  |  |  |  |     |   |          |  |
| <p>養育医療の給付について、上記のとおり変更したので届け出ます。</p> <p>市外への転出の場合、転入先市町村への情報提供について同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先) 入間市長</p> <p style="text-align: center;">届出者 住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> |       |       |  |  |  |  |  |     |   |          |  |