

# 記載例

## 小児医療受給資格等変更届出書

●●●●年 ●●月 ●●日

藤 沢 市 長

住 所 **藤沢市朝日町1-1**  
届 出 者  
(保護者) 氏 名 **藤 沢 太 郎**

電 話 **0466 ( 25 ) 1111**

次のとおり届出します。なお、この事業に関し必要な、市で保管する住民記録情報、税情報、その他受給可否等に  
必要な情報について、市長が利用することに同意します。

受 給 者	フリガナ	<b>フジサワ イチロウ</b>		受 給 者 番 号	<b>8100101</b>
	氏 名	<b>藤 沢 一 郎</b>			
	生年月日	<b>●●●●年●月●日</b>	住 所(施設 名及び施設 住所地)	<b>藤沢市朝日町1-1</b>	
変更内容(該当する項目にチェックしてください。)				変 更 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )				<b>●●●●年●月●日</b>	
		変 更 前		変 更 後	
保 険 変 更	記号・番号				
	被保険者氏名				
	被保険者住所				
	保険者番号				
	保険者名				
住 所 変 更		<b>藤沢市朝日町1-1</b>		<b>藤沢市朝日町1-2</b>	
保 護 者 変 更					
そ の 他 の 変 更					

### 自治体記入欄

窓 口 に 来 た 方	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他( )						
備 考							
新 証	交付済	郵送希望	担当者	受付	発行	入力	審査
旧 証	回収済	未回収 証返還案内 済・未					