

養育医療券記載事項変更届										
養育医療券の 受給者番号	2	3	2	9	6	2	3	9	受給者氏名	
									生年月日	年 月 日
									性別	男 ・ 女
変更前の事項	受給者の氏名									
	受給者の住所									
	扶養義務者の氏名									
	扶養義務者の住所									
	保険者等の名称									
	被保険者証等の記号及び番号									
変更後の事項	受給者の氏名									
	受給者の住所									
	扶養義務者の氏名									
	扶養義務者の住所									
	保険者等の名称									
	被保険者証等の記号及び番号									
変 更 年 月 日			年 月 日から変更							
<p>療育医療給付について、上記のとおり変更したので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">保護者住所： 保護者氏名：</p> <p style="text-align: center;"><u>※下記の申請者が保護者の場合は、記載していただくなくて結構です。</u></p> <p style="text-align: center;">申請者住所： 申請者氏名：</p> <p style="text-align: center;">保護者との続柄：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">高取町長 様</p>										

添付書類

- ※扶養義務者の変更の場合・・・変更後の扶養義務者の所得税額、市町村民税額を確認できる書類
- ※健康保険証・記号番号の変更の場合・・・新しい健康保険証のコピー