

決裁	担当	主任	係長	課長

児童手当・特例給付  
 子どもの医療費助成制度  
**申請事項変更(消滅)届**

武蔵野市長 殿

下記のとおり、受給資格が変更・消滅しましたので届出します。

注 太枠内にご記入ください。

届出日	年 月 日			住所	武蔵野市				
フリガナ 受給者氏名					電話番号 ( )				
対象児童/ 子ども	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	受給者番号				区分		
		年 月 日					児童手当 乳・子・高		
		年 月 日					児童手当 乳・子・高		
		年 月 日					児童手当 乳・子・高		

変更年月日		年 月 日							
変 更	勤務先	名称:		電話 ( )					
	保険の変更	保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済 7 その他( )						
	住所の変更	全員・一部( )						加入年金種別の変更 (3歳未満の児童がいる場合)	
	氏名の変更 又は 婚姻状況の 変更 (全員・一部)	変更前:	変更後:		<input type="checkbox"/> 1 厚生年金 <input type="checkbox"/> ( ) 私立学校教職員共済 <input type="checkbox"/> ( ) 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> ( ) 地方公務員等共済 <input type="checkbox"/> 2 国民年金 <input type="checkbox"/> 3 その他( )				
		変更後住所:		<input type="checkbox"/> 新医療証の発行 <input type="checkbox"/> 医療証修正 済・未 <input type="checkbox"/> 新証発行希望 有・無 <input type="checkbox"/> 新証発行 済					

消滅年月日		年 月 日							
消 滅	消滅の理由	<input type="checkbox"/> 他の市区町村に転出 → 全員・一部( ) 転出先住所(海外の場合は国名): _____ 海外転出の場合、国内連絡先: (消滅通知送付先) _____ 住所 _____ 氏名 _____							
		<input type="checkbox"/> 生計維持者が変更になった ア 婚姻 イ 離婚 ウ 児童/子どもを監護しなくなった エ その他( )							
		<input type="checkbox"/> 児童/子どもが死亡した							
		<input type="checkbox"/> 受給者が公務員になった(児童手当)							
		<input type="checkbox"/> 生活保護の受給を開始した(医療費助成)							
<input type="checkbox"/> その他									

新受給者(保護者)  
 の新規申請  
 有・無

注 ひとり親家庭等への手当、助成・特別児童扶養手当・育成障害手当の届出は、子ども子育て支援課窓口で申請をお願いします。

不足書類	<input type="checkbox"/> 住民票( / ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 依頼済( / )	受付印
備考	※他制度受給状況: 見扶・育成・マル親・住宅・特児 / <input type="checkbox"/> 身元確認 <input type="checkbox"/> 世帯確認		受付者