

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					電話番号 ()			
受給者氏名								
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() 武蔵野市の国保以外に加入の方は、新しい健康保険証のコピーを添付してください。	
	住所の変更	全員・一部() 加入年金種別の変更 変更後住所:	1 厚生年金 () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員共済 2 国民年金 3 その他()
	氏名の変更 又は 婚姻状況の変更 (全員・一部)	変更前:	変更後:

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: 児扶・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