様式第１２号（第９条関係）

養育医療決定事項変更（医療券紛失）届

受給者番号								受療者氏名	

１　変更

下記の欄は、変更事項のみ記入してください。

変更年月日	年　月　日 （変更年月日が未確定の時は記入しないこと）

変更事項	受療者	ﾌﾘｶﾞﾅ				添付書類； 事実を証明するもの
		氏　名	姓	名		
		郵便番号 住　所	〒　　－　　　電　話			
	保検証	種　類	組合・国保・共済・政府・船員・その他 （該当するものに○印をつけ、新保険証の写しを添付してください）			本人・家族
		記　号		番号		保険者番号
	申請者	ﾌﾘｶﾞﾅ			続柄	添付書類； 事実を証明するもの
		氏　名	姓	名		
		郵便番号	〒　　－　　　電　話			
		住　所				
	所得税額	扶養義務者 氏　名				添付書類； 世帯調書、所得税額等証明書 その他事実を証明する書類
		住　所				

２　紛失

紛失に気づいた日時、場所、状況等

上記のとおり変更（紛失）しましたので届けます。

年　　月　　日

届出者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受療者との続柄（　　）

（あて先）大津町長　様