

児童手当・特例給付申請事項変更届
子ども医療費助成受給事由消滅届

変更事由	新	葛飾区 丁目 番 号	家族構成変化(有・無) 医療証訂正(未・済)		
	旧	葛飾区 丁目 番 号			
	該 当 者 <input type="checkbox"/> 受給者および児童 <input type="checkbox"/> 受給者のみ <input type="checkbox"/> 児童のみ				
2 氏名・保護者が変わった <small>下記注意1, 注意2, 注意3を参照してください。</small>	新	フリガナ 受給者	フリガナ 児童	医療証交付(未・済)	
	旧	フリガナ 受給者	フリガナ 児童	医療証送付日(/) 口座変更(済・案内)	
	理由				
3 変児童の健康保険が	被保険者氏名		児 童 と の 関 係	父・母・その他()	社保→国保 社保→社保 国保→社保 都外国組
	被保険者記号・番号	記号	番号	認定取得日 年 月 日	
	保険者番号	国保・国組 健康保険組合 共 済 組 合			電話
	保険者名称	全国健康保険協会 支部			()
変更年月日		年 月 日			CS

☆注意1 児童手当の受給者変更は、下記の消滅事由欄またはその他の欄へのご記入及び新規の認定請求が必要です。
 ☆注意2 受給者の氏名変更の場合は、振込口座変更のお届けが必要です。
 ☆注意3 離婚・再婚に伴う保護者変更がある場合は、注意1と同様です。

消滅事由					
1 他の市区町村に転出	転 出 先				年 月 日 転出
	該 当 者	<input type="checkbox"/> 受給者および児童 <input type="checkbox"/> 受給者のみ <input type="checkbox"/> 児童のみ <small>※受給者が転出しない場合は、子ども医療費助成のみの消滅となります。</small>			
2 児童を養育しなくなった	理 由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 児童と別居 <input type="checkbox"/> その他()			離婚 年 月 日付 別居 年 月 日付
	開始年月日	年 月 日			保護開始決定通知書(控) 有・無
3 生活保護受給	勤 務 先	☆注意4 生活保護が廃止された時は、新規に乳幼児・子ども医療証の交付申請手続きが必要です。			
4 公務員になった	勤 務 先	☆注意5 児童の加入健康保険が変更になった場合は、変更事由欄の「3健康保険が変わった」もご記入ください。			
5 死亡(受給者・児童)	該 当 者	受 給 者	児 童		年 月 日
	氏 名	夫	妻		婚 姻 年 月 日
6 婚姻	氏 名				年 月 日
その他	添付書類(有・無)				CS

上記のとおり申請事項に変更があったり、受給事由が消滅したもので届け出ます。

葛飾区長あて 年 月 日 住 所 葛飾区

フリガナ
受給者氏名

電話 ()

届出人氏名

受給者との関係

受 付 印

<input type="checkbox"/> 児童手当受給者	<input type="checkbox"/> 乳幼児・子ども医療証	<input type="checkbox"/> (父・母・児童)住所変更	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> 児童手当認定番号		<input type="checkbox"/> 同日(母・父)での新規申請あり	
<input type="checkbox"/> 児童手当該当無		<input type="checkbox"/> 医療証回収(済・後日)	
1 被用	2 非被用	<input type="checkbox"/> 父子・母子変更届(緑)記入	
		<input type="checkbox"/> 父子・母子消滅届(赤)記入	

消滅日	. .	決定日	. .	備考
支払月	年 月	金額	円	