

年 月 日

(あて先) 長崎市長

届出者 住所
氏名

医療券の記載事項に変更があったので、長崎市養育医療給付実施要綱第6条第4項の規定により次のとおり届け出ます。

受給者番号		(フリガナ)			
		受給者氏名			
以下の欄は、変更事項のみ記入してください。					
変	受給者本人	ふりがな			
		氏名	電話番号		
	住所				
	加入医療保険	保険種別	1 社保	2 国保	3 生保
記号・番号					
保険者名					
更	扶養義務者	ふりがな			
		氏名	電話番号		
	住所				
	本人との続柄	職業			
項	所得税額等	理由	1 生活保護を受給したため (受給開始 年 月 日から) 2 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を受給したため (受給開始 年 月 日から) 3 前年の所得税額が確定したため。 4 その他		
		由			