

市外転出以外の喪失は郵送受付できません。

子育て支援課またはサービスセンター（支所含む）
でお手続きが必要です。

〒

子ども医療 資格事項（喪失）届 市外転出に限る

届出日：令和・西暦 年 月 日

岸和田市長 様

届出者 住 所：岸和田市 町

氏 名： 子との続柄(父・母・())

電 話： - -

次のとおり届け出ます。

子ども 医療	変 更 前		変 更 後 変更のある項目のみ記入してください
	ふりがな 氏 名	生年月日	
対 象 者 (子ども)	受 給 者 番 号 きしわだ いちろう	岸和田 一郎 Ⓜ・R・西暦 25年 1 月 1 日	
	きしわだ じろう	" 二郎 Ⓜ・R・西暦 26年 2 月 1 日	
	きしわだ さぶろう	" 三郎 Ⓜ・R・西暦 27年 3 月 1 日	
	きしわだ しろう	" 四郎 Ⓜ・R・西暦 28年 4 月 1 日	
住 所	岸和田市 ◆◆ 町 2-2-2 ◇◇マンション 102		(●●)市・町・村(▲▲町1-1-1 ■■ ハイツ101)
	被保険者		

必要事項を記入の上、『届出者の本人確認書類(写し)』と「子ども医療証」を一緒にお送りください。

医療証の有効期限は「他市町村の住民となる日の前日」までです。

有効期限後に子ども医療証を使用した場合、助成した医療費を返還頂きます。

(確認事項) 届出者本人確認書類【免・マイ・パス・手帳・在留・()】

受 付	システム 入 力	確 認
〒		

回収入力 書換入力
 年次抜取済