# 医療費助成変更届

年　　月　　日

（ 提 出 先 ）
足立保健所長

住所
患者（保護者）氏名

この度、下記のとおり変更したので、届け出ます。

記

１．　氏名の変更
新氏名
旧氏名

２．住所の変更
新住所
旧住所

３．医療機関の変更
新医療機関
名　称
所在地

旧医療機関
名　称
所在地

４．住民税非課税者から住民税課税者となった（感染症法施行規則第１９条の２に該当しなくなった。）。

５．保険の変更
新保険
旧保険

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | 負担者番号 | | | | | | | | |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | | | | | 患者氏名 | | | | | | | | |
| 有効期間 | 年　月　日 から　　年　月　日 まで | | | | | | | | | | | | | | | | |