

様式第7号（第5条関係）

養育医療承認内容変更届出書

沼田市長 様

年 月 日

申請者 〒
住 所
氏 名
(受療者との続柄)
電話番号

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

受給者番号		
受療者氏名		
変更年月日	年 月 日から	
変更事項	変更前	変更後
1	ふりがな 受療者氏名	
2	受療者住所 (〒 —)	(〒 —)
3	ふりがな 扶養義務者 氏 名	
4	扶養義務者 個人番号	
5	扶養義務者 住 所 (〒 —)	(〒 —)
6	被保険者等 記号及び番号 記号： 番号：	記号： 番号：
	保険者等の 名 称	
7	そ の 他	

- (注1) 変更事項1～7の該当する番号に○を付けてください。
(注2) 変更事項3、4及び5で本市の住民でない場合は、住民票の写しを添付してください。
(注3) 変更事項6の場合は、資格確認書の写しを添付又はマイナポータルの資格情報確認画面の提示をしてください。