

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 住 所	(〒 — ) (〒 — )
5	加入して いる保険	
6	そ の 他	

注1 変更事項1～6の該当する番号に○を付けてください。

2 3又は4の変更で本市の住民でない場合は住民票の写し、5の変更の場合は保険証の写しを添付してください。