

様式第 10 号（第 6 条関係）

養育医療券記載事項変更届

受療者	ふりがな 氏名		性別		生年 月日	年 月 日
	居住地					
	住所					
公費負担者番号			交付年月日		年 月 日	
公費負担医療受給者番号						
養育医療券の有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
変更内容	事項	変更前	変更後		変更年月日	
	受療者に関する事項					
	申請者に関する事項					
	指定養育医療機関に関する事項					
	被保険者証に関する事項					
<p>上記のとおり養育医療券の記載事項の変更を届出します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>いなべ市長 宛て</p> <p style="text-align: right;">届出者 住所 氏名 受療者との続柄 電話番号</p>						

注 次の書類を添付してください。

- (1) 養育医療券
- (2) 被保険者証に関する事項を変更する場合には、変更後の被保険者証の写し
- (3) 他の指定養育医療機関に転院する場合には、転院理由証明書（様式第 11 号）及び転院後の指定養育医療機関が交付する養育医療意見書（継続）（様式第 3 号）