

## 申請事項変更届

(届出先)東村山市長 次のとおり変更を届出いたします。		年 月 日
		氏名
医 療 対 象 者	制 度 高 校 生 等 医 療 費 助 成 制 度	受給者番号
	氏 名	性 別
	生年月日 年 月 日	
	電話番号	
	住 所 方 書	
手 続 に 来 た 人	*医療対象者と異なる場合は記入してください	
	住 所	
	氏 名 電話番号	医療対象者との続柄
変 更 内 容	変更する項目とその内容を記入してください ・ 変更年月日      年    月    日	

太枠の内のみ記入してください

受 付	日 付                      年    月    日
付	担 当