

様式第7号(第14条関係)

徴収金額変更申請書

年 月 日

久喜市長 あて

申請者 住所 〒
電話番号 ()

児童との続柄

氏名

(自署又は記名押印)

養育医療の徴収額を下記の理由により変更したいので、必要書類を添えて変更申請します。

記

公費負担者番号									交付年月日	年 月 日
受給者番号									指定養育 医療機関	
児童氏名										
医療券の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで									
母子保健法第21条の4の規定により 支払を命ずる額 (現在)									月額	円
申請理由	1. 申請時に所得税額が未確定であったがその額が確定したため。 2. 生活保護を受給したため。 3. その他 ()									