様式第１３号（第１０条関係）

養育医療券記載事項変更届

年　　月　　日

津山市長　　殿

届出者　住　所

氏　名

受給者との続柄

下記のとおり変更しましたので、届け出ます。

<table>
<tr><td colspan="2">受給者氏名</td><td></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者住所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療券</td><td>負担者番号</td><td>２３３３６０３５</td><td>受給者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>有効期間</td><td colspan="5">年　　月　　日 から　　年　　月　　日 まで</td></tr>
<tr><td rowspan="3">変更内容</td><td colspan="6">１．氏名　　２．住所（電話番号）　３．医療保険　　〔該当箇所に〇〕</td></tr>
<tr><td>新</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>旧</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

（注）届出を行うときは、変更内容を証明する書類（住民票、被保険者証等）及び医療券を添付してください。