

様式第15号（第13条関係）

徴収金額変更申請書

年 月 日

（宛先）鴻巣市長

住所

申請者

氏名

印

養育医療の徴収額を次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									医療機関名			
本人氏名												
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条第4項の規定により支払を命ずる額									月	額		
申請理由	1. 申請時に市民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。 (受給期間 年 月 日から 年 月 日まで) 3. その他											

※ 添付書類 (1) 世帯調書 (2) 市民税額を証明する書類 (3) その他必要な書類