

未熟児養育医療変更届（細則第31条関係）

年 月 日

（宛先）川崎市保健所長

次のとおり届け出ます。

届出者 氏 名 _____

住 所 _____

対象児との関係 _____

対象児	氏 名	
	住 所	川崎市 区
	生年月日	年 月 日生
変更内容	<input type="checkbox"/> 住所の変更 変更後の住所 _____	
	<input type="checkbox"/> 加入する公的医療保険の変更（公的医療保険情報のわかるものの写しを添付してください） <input type="checkbox"/> 未熟児養育医療の中止（廃止） 中止（廃止）理由 _____	