

ひとり親家庭医療費助成金受給資格等変更届

年 月 日

北杜市長 様

申請者 住所
氏名
電話

次のとおり変更になりましたので、届け出ます。

受給者証番号	
変更事由	1氏名 2住所 3加入医療保険 4振込先金融機関 5対象児童増 6対象児童減 7その他()
変更年月日	年 月 日

		旧	新
氏名			
住所			
加入医療保険	保険の種類	1国保 2組合 3協会 4日雇 5船員 6共済	1国保 2組合 3協会 4日雇 5船員 6共済
	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名		
	申請者との続柄	本人 その他()	本人 その他()
	記号・番号		
	保険者名		
	保険者所在地	電話 ()	電話 ()
	附加給付の有無	有 無	有 無
振込先金融機関	金融機関・支店名	銀行・農協 信金・信組 支店	銀行・農協 信金・信組 支店
	口座番号	/	/
	口座の種類	普通 当座	普通 当座
その他			

対象児童の増減	ふりがな (対象児童)氏名	生 年 月 日	続柄	性別	同居・別居の別	他医療助成制度の受給資格
		年 月 日生		男女	同居 別居	有 無
	増減理由					

- 《注》 1 変更事由欄の該当する番号を○で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。
2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。
3 受給者証を添付してください。