様式第6号（第7条関係）

ひとり親家庭医療費助成金受給資格等変更届

　　年　　　月　　　日

身延町長　　　　　　　　　様

（保護者）　住　所　　身延町

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電　話

次のとおり変更になりましたので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更内容 | 1　氏名（旧：　　　　　→新：　　　　　）　　2　住所　　3　保険種別4　振込先金融機関　　5　対象児童増加　　6　その他（　　　　　　） |
| 変更年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |
| 住　　　所 | 身延町 |
| 保険種別 | 1身延町国保　2国保組合　3協会　4健保組合　5共済組合　6その他 |
| 振込先金融機関 | 金融機関名称 | 銀行・信金農協・信組 | 支店 |
| 口座番号 |  | 種類 | 普通　　　当座 |
|  |
| 対象児童の増加 | フリガナ対象児童氏名 | 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 |  | 男女 | 同居別居 | 有無 |
|  |
| 個人番号 |  |
| 増加理由 |  |

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　受給資格者証を添付してください。