

入力	受付

様式第8号(第19条関係)

㊦ ひとり親家庭等医療費受給者変更等(消滅)届

受給者証番号						
変更の場 合	新氏名 (旧氏名)	( ) ( ) のため変更)				
	新住所 (旧住所)	〒 電話 ( )				
	勤務内容	(新) 職業				
		勤務先				
		勤務先所在地				
	加入医療保険	(新) 保険の種類				
		世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名			申請者との続柄	
		記号番号	保険者	符号名称		
		保険者所在地	〒 電話			
		附加給付の有無				
その他の事項	<input type="checkbox"/> 監護又は養育する児童の数 <input type="checkbox"/> 所得の変更 <input type="checkbox"/> 振込口座の変更 (※通帳等の写しを提出) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
変更年月日	年 月 日					
消滅の場 合	消滅理由	1 他市(町村)に転出 転出先( ) 電話 ( )				
		2 生活保護等受給				
		3 死亡				
		4 ひとり親家庭等でなくなった 具体的理由( )				
		5 その他( )				
消滅年月日	年 月 日					
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費支給事業の		申請事項が変更		したので届け出		
ます。		受給資格が消滅				
年 月 日		住所				
加須市長 様		氏名				
		個人番号				

新受給者証 未発行 ・ 発行済 (発行日：令和 年 月 日)  
 旧受給者証 未回収 ・ 回収済 (回収日：令和 年 月 日)  
 ※未回収の場合は、返却をお願いしてください。