

茅ヶ崎市ひとり親家庭等医療費助成事業申請事項変更兼消滅届

受給者	受給者番号	● ● ● ● ● ● ● ●	記入例
	氏名	フリガナ チガサキ ハナコ 茅ヶ崎 花子	
	生年月日	昭和・平成 ◆ 年 ◆ 月 ◆ 日	
保護者の情報を記入	〒	市	<input type="checkbox"/> 扶養義務者 消滅・発生
	転居 変更後	茅ヶ崎市	
	異動日	令和 年 月 日	
変更 (<input checked="" type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 一部)	【保険変更の場合】		
	・「保険証」の□部分にチェックしてください		
	・受給対象者全員の変更は「一括」に、お子様のみ又は申請者のみの変更の場合は「一部」にチェックしてください		
	・新しい健康保険証のコピー（変更のあった対象者全員分）を添付してください		
	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証	被保険者氏名	記入不要
		保険者番号	
	保険者名称		
	対象者(枝番)		
	加入年月日		
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 子の追加(□子が生まれた □子を引き取った □親権者変更) <input type="checkbox"/> 扶養義務者(消滅・発生) <input type="checkbox"/> 学校延長(卒業予定日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他()		
	フリガナ 対象者氏名 生年月日		
	異動日	「申請事項に変更がありましたので届出いたします。」にチェックしてください	
消滅	理由	<input type="checkbox"/> 転出 ()	下記、署名をお願いします ・日付: 来庁日又は郵送の場合ポスト投函 ・住所: 申請書記入時点の住民票住所 ・氏名: 申請者氏名 ・電話番号: 連絡先
		<input type="checkbox"/> 他制度 ()	
<input type="checkbox"/> その他 ()			
異動日 他制度資格開始			
(あて先) 茅ヶ崎市長 上記の理由により、茅ヶ崎市ひとり親家庭等医療費助成事業の <input checked="" type="checkbox"/> 申請事項に変更がありましたので届出いたします。 <input type="checkbox"/> 受給資格が消滅しましたので届出いたします。			
令和 ● 年 ● 月 ● 日			
住所 茅ヶ崎市本村5-15-1			
氏名 茅ヶ崎 花子		電話番号 ○○○-○○○○-○○○○	