

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	
保護者の情報を記入	生年月日	昭和・平成 ◆ 年 ◆ 月 ◆ 日	
	〒	253-8686	
	住所	茅ヶ崎市 茅ヶ崎1-1-1	
転居	変更後	〒 253-0042 茅ヶ崎市 本村5-15-1	<input checked="" type="checkbox"/> 扶養義務者 消滅・ 発生
	異動日	令和 ▲ 年 ▲ 月 ▲ 日	
	フリガナ		フリガナ
変更 (<input checked="" type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 一部)	【転居の場合】 ※福祉医療証の原本を添付してください <ul style="list-style-type: none"> ・「転居」の□部分にチェックしてください ・受給対象者全員での転居は「一括」に、一部の転居の場合は「一部」にチェックしてください ・変更前・変更後の情報を記入してください ・転居に伴い、扶養義務者に変更があった場合、「消滅」又は「発生」にマルをしてください ⇒マルをした場合、下記「その他」の項目に扶養義務者情報を記載してください ・異動日は転居日をご記入ください 		
	<input type="checkbox"/> 1. 茅ヶ崎市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 2. 国民健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> 3. 国民健康保険 支部 <input type="checkbox"/> 4. 国民健康保険 支部 <input type="checkbox"/> 5. 国民健康保険 支部 <input type="checkbox"/> 6. 日雇 <input type="checkbox"/> 7. 船員		
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 checked="" type="checkbox"/> 扶養義務者(消滅・発生)		
	<input checked="" 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	エボシ マロ 烏帽子 麻呂 S● 年 ● 月 ● 日	年 月 日
異動日	令和 ▲ 年 ▲ 月 ▲ 日		
消滅理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> その他		
	転居の場合、「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 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		
(あて先) 茅ヶ崎市 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 ○○○-○○○○-○○○○			