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

記入例

保護者の情報を記入

受給者	受給者番号	●	●	●	●	●	●	●
	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			
変更（□一括 ☑一部）	転居	変更後	〒 市 茅ヶ崎市		☐ 扶養義務者 消滅 ・ 発生
		異動日	令和 年 月 日		
	☑ 氏名	変更前	フリガナ ヒラツカ タロウ 平塚 太郎	変更後	フリガナ チガサキ タロウ 茅ヶ崎 太郎
		変更前	フリガナ	変更後	フリガナ
		変更前	フリガナ	変更後	フリガナ
		異動日	令和 ▲ 年 ▲ 月 ▲ 日		
		対象者(枝番)			
		加入年月日	平成 ・ 令和 年 月 日		
	☐ その他	☐ 子の追加(☐子が生まれた ☐子を引き取った ☐親権者変更) ☐ 扶養義務者(消滅・発生) ☐ 学校延長(卒業予定日: 年 月 日) ☐ その他( )			
		フリガナ 対象者氏名 生年月日			
		異動日			
消滅	理由	☐ 転出 (☐ 他制度 (☐ その他 (			
		異動日 他制度資格開始			

【氏名変更の場合】※福祉医療証の原本を添付してください

・「氏名」の☐部分にチェックしてください
・受給対象者全員の氏名変更は「一括」に、お子様のみの変更の場合は「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
・異動日は氏名変更日（入籍日等）をご記入ください

「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

☑申請事項に変更がありましたので届出いたします。
☐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 ○○○－○○○○－○○○○