

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)	<input type="checkbox"/> 氏名	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
		変更前	フリガナ	変更後	フリガナ
<p>【消滅（喪失）の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・該当する理由の<input type="checkbox"/>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 ・転出の場合は転出先の自治体名まで記入（●●県●●市）してください ・異動日には事由発生日（転出日等）をご記入ください 					
対象者	国保組合				
加	「受給資格が消滅しましたので届出いたします」にチェックしてください				
<input type="checkbox"/> その他	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				
	異動日	令和 年 月 日			
消滅理由	<input checked="" type="checkbox"/> 転出（転出先：東京都●●●●市）	●●●●市・区・町・村			
	<input type="checkbox"/> 他制度（乳・障・生保・施設） <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）	歳到達			
	異動日 他制度資格開始日	令和 ◆ 年 ◆ 月 ◆ 日			
(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 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 checked="" 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 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇					