

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 <b>チガサキ ハナコ</b> <b>茅ヶ崎 花子</b>						
	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 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			
異動日			令和 年 月 日					
	被保険者氏名	保険証	記号					
<p><b>【学校延長の場合】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「その他」と「学校延長」の<input type="checkbox"/>部分、チェックしてください</li> <li>・該当事由にチェックし、対象者氏名、フリガナ、生年月日、異動日を記入してください</li> </ul> <p>&lt;異動日&gt; 「学校延長」新年度開始日 (○年4月1日)</p>								
その他	<input type="checkbox"/> 子の追加( <input type="checkbox"/> 子が生まれた <input type="checkbox"/> 子を引き取った <input type="checkbox"/> 親権者変更) <input type="checkbox"/> 扶養義務者(消滅・発生)							
	<input checked="" type="checkbox"/> 学校延長(卒業予定日: <b>R○年 3月 31日</b> <input type="checkbox"/> その他( ))							
	フリガナ	フリガナ		フリガナ	フリガナ			
対象者氏名	フリガナ		フリガナ	フリガナ				
生年月日	フリガナ		フリガナ	フリガナ				
異動日	令和 ◆ 年 4 月 1 日							
消滅	「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) 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 <b>茅ヶ崎市本村5-15-1</b> 氏 名 <b>茅ヶ崎 花子</b> 電話番号 ○○○-○○○○-○○○○								