

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	
	フリガナ	チガサキ ハナコ		
	氏名	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		茅ヶ崎市	<input type="checkbox"/> 扶養義務者 消滅・発生	
変更 ( <input checked="" type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 一部)	転居	【保険変更の場合】		
	<input type="checkbox"/> 氏名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「健康保険情報」の□部分にチェックしてください</li> <li>・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。</li> <li>・マイナ保険証を使用している場合は、マイナ保険証にチェックしてください。マイナ保険証を使用していない場合は、資格確認書等の写しにチェックし、資格確認書等の写し（変更のあった対象者全員分）を添付してください。</li> <li>・被保険者（フリガナ、氏名）、対象者（フリガナ、氏名、生年月日、続柄）を記入してください</li> </ul>		
	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険情報	<input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書等の写し	フリガナ 被保険者氏名	チガサキ ハナコ 茅ヶ崎 花子
		フリガナ	ヒラツカ タロウ	チガサキ タロウ
		対象者氏名	平塚 太郎	茅ヶ崎 太郎
		生年月日	令和◆年◆月◆日	令和◆年◆月◆日
		続柄	子	子
		<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		月 日
消滅	理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> その他 他制度		
		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 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。		
(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				
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	