

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>		
保護者の情報を記入	生年月日	昭和・平成 ◆ 年 ◆ 月 ◆ 日		
	転居	変更前	〒 茅ヶ崎市	<input type="checkbox"/> 扶養義務者 消滅・発生
		変更後	〒 茅ヶ崎市	
	異動日	令和 年 月 日		
変更 ( <input type="checkbox"/> 一括 )	変更前	フリガナ <b>ヒラツカ タロウ</b> <b>平塚 太郎</b>	変更後	フリガナ <b>チガサキ タロウ</b> <b>茅ヶ崎 太郎</b>
	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		
健康保険情報	<input type="checkbox"/>	【氏名変更の場合】※福祉医療証の原本を添付してください		
	<input checked="" type="checkbox"/> (一部)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「氏名」の□部分にチェックしてください</li> <li>・受給対象者全員の氏名変更は「一括」に、お様のみの変更の場合は「一部」にチェックしてください</li> <li>・変更前・変更後の情報を記入してください</li> <li>・異動日は氏名変更日（入籍日等）をご記入ください</li> </ul>		
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 学校延長(卒業予定日: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> その他( )	
	<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。」にチェックしてください 年 月 日 下記、署名をお願いします 日		
消滅	理由	<input type="checkbox"/>	・日付：来庁日又は郵送の場合ポスト投函	
		<input type="checkbox"/>	・住所：申請書記入時点の住民票住所	
		<input type="checkbox"/>	・氏名：申請者氏名	
		<input type="checkbox"/>	・電話番号：連絡先	
	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 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 ○○○-○○○○-○○○○				