

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		〒茅ヶ崎市	<input type="checkbox"/> 扶養義務者 消滅・発生	
変更	転居	変更後	〒茅ヶ崎市	
		異動日	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	変更前	フリガナ	変更後
		変更前	フリガナ	変更後
更 (一括 <input type="checkbox"/> 一部)	生年月日			
	その他	フリガナ	フリガナ	
消滅	理由	<input checked="" type="checkbox"/> 転出 (転出先: 東京都●●●●●町・村) <input type="checkbox"/> 他制度(乳・障・生保・施設) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 18(20)歳到達 <input type="checkbox"/> その他(		
	異動日	令和 ◆ 年 ◆ 月 ◆ 日		
	他制度資格開始日			
(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 <b>茅ヶ崎市本村5-15-1</b> 氏名 <b>茅ヶ崎 花子</b> 電話番号 ○○○-○○○○-○○○○				

【消滅(喪失)の場合】

- ・該当する理由の□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(●●●●●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

「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

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