

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 (一部)	転居	変更後 茅ヶ崎市	<input type="checkbox"/> 扶養義務者 消滅・発生		
		異動日 令和 年 月 日			
	<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
	<input type="checkbox"/> 健康 保険 情報	<p>【学校延長の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「その他」と「学校延長」の□部分、チェックしてください ・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 <p><異動日> 「学校延長」新年度開始日 (○年4月1日)</p>			
		<input type="checkbox"/> 子の追加 (□子が生まれた □子を引取った □親権者変更) <input type="checkbox"/> 扶養義務者 (消滅・発生)			
	<input checked="" type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 学校延長 (卒業予定日: R●年 3月 31日) <input type="checkbox"/> その他 ()			
フリガナ 対象者氏名 生年月日		チガサキ タロウ 茅ヶ崎 太郎	年 月 日 年 月 日		
異動日		令和 ◆ 年 4 月 1 日			
消滅 理由	<input type="checkbox"/> 転居	「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			
	<input type="checkbox"/> 他 <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			
(あて先) 茅ヶ崎市					
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 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			