

## 第10号様式（第21条関係）

## 親 ひとり親家庭等医療費助成制度申請事項変更（消滅）届

|                              |         |   |        |                    |       |            |         |       |        |      |      |      |  |  |
|------------------------------|---------|---|--------|--------------------|-------|------------|---------|-------|--------|------|------|------|--|--|
|                              |         |   |        |                    |       |            | 受付年月日   |       |        |      |      |      |  |  |
| 申請者                          | フリガナ    |   |        |                    |       | 負担者番号      | 8       | 1     | 1      | 3    |      |      |  |  |
|                              | 氏名      |   |        |                    |       |            |         |       |        |      |      |      |  |  |
|                              | 生年月日    |   | 年 月 日生 |                    |       | 受給者番号      |         |       |        |      |      |      |  |  |
| 変更内容                         | 事由      | 1 氏名変更<br>2 市内転居                            |        | 3 保険変更<br>4 その他( ) |       |            |         |       |        |      |      |      |  |  |
|                              | 事由発生年月日 |   |        | 年 月 日              |       |            |         |       |        |      |      |      |  |  |
|                              | 氏名      | 申請者   | 新      |                    |       |            | 対象児     | 新     |        |      |      |      |  |  |
|                              |         |   | 旧      |                    |       |            |         | 旧     |        |      |      |      |  |  |
|                              | 住所      | 新   |        |                    |       | 電話         | 新       | - - - |        |      |      |      |  |  |
|                              |         | 旧   |        |                    |       |            | 旧       | - - - |        |      |      |      |  |  |
|                              | 新加入保険   | 保険種別  |        | 1 国保               | 2 組合  | 3 協会       | 4 日雇    | 5 船員  | 6 共済   | 7 後期 |      |      |  |  |
|                              |         | 被保険者証記号番号                                   |        | 記号                 |       |            |         | 番号    |        |      |      |      |  |  |
|                              |         | フリガナ  |        |                    |       |            | 申請者との続柄 |       | 本人・本人外 |      |      |      |  |  |
|                              |         | 被保険者氏名                                      |        |                    |       |            | 付加給付    |       | 有・無    |      |      |      |  |  |
| 保険者所在地                       |         |   |        |                    | 保険者番号 |            |         |       |        |      |      |      |  |  |
| 保険取得年月日                      |         | 年 月 日                                       |        |                    | 保険者名称 |            |         |       |        |      |      |      |  |  |
| その他の変更事項                     |         |   |        |                    |       |            |         |       |        |      |      |      |  |  |
| 消滅内容                         | 事由      | 1 他市町村へ転出<br>2 生活保護受給<br>3 ひとり親家庭等でなくなった( ) |        | 4 死亡<br>5 その他( )   |       |            |         |       |        |      |      |      |  |  |
|                              | 資格消滅年月日 |   |        | 年 月 日              |       |            |         |       |        |      |      |      |  |  |
|                              | 新氏名     |   |        |                    |       | 婚姻日        | 年 月 日   |       |        |      |      |      |  |  |
|                              | 新住所     |   |        |                    |       | 電話         | - - -   |       |        |      |      |      |  |  |
| 上記のとおり、ひとり親医療費助成制度の<br>年 月 日 |         |   |        | 申請事項が変更<br>受給資格が消滅 |       | したので届出します。 |         |       |        |      |      |      |  |  |
| 住 所 昭島市                      |         |   |        |                    |       |            |         |       |        |      |      |      |  |  |
| (宛先) 昭島市長                    |         |   |        | 氏名                 |       | 印          |         |       |        |      |      |      |  |  |
| 備考                           |         |   |        |                    |       |            |         |       |        |      | 電算 / | 通知 / |  |  |

記載された事項は、保健福祉総合システムのデータに登録されます。

(注) 記名押印に代えて署名することができます。