

（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						受給者番号							
	生年月日		年 月 日生											
変更内容	事由	1 氏名変更				3 保険変更								
		2 市内転居				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										
		被保険者等記号番号		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				4 死亡								
		2 生活保護受給				5 その他（ ）								
		3 ひとり親家庭等でなくなった（ ）												
	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申請事項が変更したので届出します。 受給資格が消滅 年 月 日 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コンピュ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。