

ひとり親家庭医療費受給資格内容変更届出書

年 月 日

会津若松市長 あて

住 所 会津若松市

届出者 氏 名

電話番号 ()

下記の事由に変更が生じたので届出します。

また、届出事項の確認については、私の世帯の住民基本台帳、児童扶養手当受給資格者台帳、市民税の賦課に関する事項等により行うことに同意します。

受給者 番号							変 更 事 由	1 氏名 2 住所 3 扶養義務者 4 加入健康保険 5 振込先金融機関 6 受給資格の取得・喪失 7 その他
受給者氏名							住所 会津若松市	
同 一 生 計 の 親 族	氏 名		生年月日		同意者 押印欄	続 柄	変更年月日	変更事由
	個人番号：		※1月1日時点の住所：					
	個人番号：		※1月1日時点の住所：					
	個人番号：		※1月1日時点の住所：					
	個人番号：		※1月1日時点の住所：					
	個人番号：		※1月1日時点の住所：					
加 健 入 康 保 險	被保険者氏名				記号		保険者番号	
	保険者名				番号		資格取得年月日 年 月 日	
振 金 込 先 機 関	金融機関名				名義人 (カタカナ)		口座種別 1 普通 2 当座	
	支店名等						口座番号	
資 格 取 得 の 喪 失	氏名及び生年月日			取得喪失事由			1 取得 年 月 日 2 喪失 年 月 日 (該当番号を○で囲む)	
	年 月 日生							
その他							備考	

- 注 1 変更事由欄の該当する番号を○で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。
 2 記名押印に代えて、署名することができます。
 3 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。
 4 受給者証を添付してください。

受給資格	有 無
------	-----