様式第7号(第17条関係)

親　ひとり親家庭等医療費助成事業申請事項変更(消滅)届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療証番号 | 負担者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 変更の場合 | 新氏名(旧氏名) | (　　　　　　のための変更)(　　　　　　　　　　　　) |
| 新住所(旧住所) | 〒　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (新)勤務内容 | 職業 | 　 |
| 勤務先 | 　 |
| 勤務先住所 | 　 |
| (新)　加入医療保険 | 保険の種類 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 | 申請者との続柄 | 　 |
| 保険証記号番号 | 　 | 保険者名 | 符号　　名称 |
| 保険者所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　) |
| 附加給付の有無 | 　 |
| その他の事項 | 　 |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 消滅の場合 | 消滅理由 | 1　市(町村)に転出 　(転出先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)2　生活保護受給3　死亡4　ひとり親家庭でなくなった(具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　)5　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 消滅年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 　上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成事業の | 申請事項が変更受給資格が消滅 | しましたので届 |
| け出します。年　　月　　日　山北町長　殿住所　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印 |