

記入例(消滅)

様式第9号(第19条関係)



の中を記入してください

(親) ひとり親家庭等医療費受給者変更(消滅)届

受給者証記号番号 6012345, 6012363

変更の場 合	新 (氏名 (新 (勤務内容	ひとり親家庭等医療費受給者証の番号を記入してください。			
	加入医療保険	保険の種類	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	申請者との続柄	
		記号番号	保険者		
		保険者所在地			
		保険給付の有無			
		その他の事項			
	変更年月日	令和	年	月	日



ひとり親家庭等医療費受給者証の番号を記入してください。

() (続柄:) と(同居・別居)となる
なつて支給要件を欠くことにならないか(同居人の有無等)、
同居・別居となった場合は、所得適否に影響ないか確認

消滅の理由 の場合	1 他市(町村)に転出 転出先住所(○○市○○) 連絡先(090-○○○○-○○○○)
	2 生活保護受給
	3 死亡
	4 ひとり親家庭等でなくなった 具体理由()
	5 その他()
消滅年月日	令和 ○年 ○月 ○○日

該当事由に○
をしてください

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費支給事業の申請事項が変更されたので届出します。
受給資格が消滅

令和 年 ○月○日

本日の日付

坂戸市長 あて

保護者の住所、氏名

住所 坂戸市千代田1-1-1
坂千アパート203

氏名 坂戸 花子



※記名押印に代えて、署名することができます。