

（親） ひとり親家庭等医療費申請事項変更（消滅）届

年 月 日

草加市長 宛て

住所

届出者 氏名

電話・FAX

(氏名を署名したときは、押印を省略できます。)

申請事項が変更 したので届出を行います。
次のとおり、ひとり親家庭等医療費の 受給資格が消滅

受給者番号														
変更 の 場 合	加入医療保険	☐ 次のとおり ☐ 別添写しのとおり (個人番号を提供する場合は、記入を省略することができます。)												
		被保険者氏名		☐ 届出者と同じ (記入不要)										
		記号・番号		・										
		保険者番号												
		保険の名称		☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会 ☐ 健康保険組合 ☐ 共済組合										
		資格取得日		年 月 日										
	振込口座	☐ 次のとおり ☐ 別添写しのとおり (通帳等の写しを提出)												
		金融機関名		銀行・農協 信用金庫				支店名		支店				
		口座番号		普通										
		名義人		(カタカナで記入)										
	住所・氏名 世帯構成 その他	住 所		☐ 届出者と同じ (記入不要)										
		氏 名		(新氏名)										
		☐ 受 給 者 ☐ 対象児童		(旧氏名)										
		世帯構成		(対象者)				(受給者からみた関係)		(変更理由)				
				(前住所) ※転入者は前年1月1日時点での住所を記入してください。										
		その他		変更内容を具体的に記入してください。										
	変更年月日		年 月 日											
	消滅 の 場 合	消滅の理由	1 他の市町村に転出 (転出先：)											
			2 ひとり親家庭でなくなった (具体的理由：)											
			3 生活保護等受給 4 死亡 5 その他 (具体的理由：)											
消滅年月日		年 月 日												

変更の場合、変更箇所のみ記入してください。