

第9号様式（第19条関係）

㊦ 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				
変更の場合	新氏名 (旧氏名)	() () () () () () () () () ()		
	新住所 (旧住所)	()		
	振込先	金融機関		
		支店名		
		口座番号		
		フリガナ		
		口座名義人		
	新加入医療保険	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		
保険者番号・名称				
保険者所在地		電話		
付加給付の有無				
その他の事項				
変更年月日	年 月 日			
消滅の場合	消滅理由	1 他の市区町村に転出 転出先 () 電話 ()		
		2 生活保護等受給		
3 死亡				
4 ひとり親家庭等でなくなった 具体的理由 ()				
5 その他 ()				
消滅年月日	年 月 日			
<p>申請事項が変更 上記のとおり、ひとり親家庭等医療費支給事業の受給資格が消滅したので届出します。</p> <p>年 月 日 (宛先)</p> <p>寄居町長</p> <p>住 所 氏 名</p>				