

様式第7号（第19条関係）

（親）ひとり親家庭等医療費受給者変更等（消滅）届

受給者証記号番号															
変更の場合	新氏名 (旧氏名)		(のため変更) ()												
	新住所 (旧住所)		()												
	振込先	金融機関													
		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		☐ 監護又は養育する児童の数 ☐ 所得の変更※ ☐ 受給者証の汚損・紛失等 ☐ 振込口座の変更（※通帳等の写しを提出） ☐ その他（ ）													
個人番号															
変更年月日		年 月 日													
消滅の場合	消滅理由	1 他市区町村に転出 転出先（ ）	電話												
		2 生活保護等受給													
		3 死亡													
消滅年月日	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													
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 したので届け出を行います。 受給資格が消滅 年 月 日 (宛先) 寄居町長 住所 氏名															
※ 個人番号の提供によることができます。															