|  |
| --- |
| ひとり親家庭等医療費受給資格変更（消滅）届 |
| 杉戸町長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 届出人 | 住　　所　杉戸町 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏　　名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |
| 　次のとおり、変更・消滅が生じたので届出します。　また、杉戸町ひとり親家庭等医療費支給に関する条例施行規則に基づく受給資格の変更等の事務を行うため、必要な範囲内で加入保険情報等の確認、公簿等の調査や個人番号等に基づく情報の取得を行うことに同意します。 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １　変更後住所　（変更年月日：　　　　　　年　　　月　　　日） |
| 新住所 | 杉戸町 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２　変更後氏名　（変更年月日：　　　　　　年　　　月　　　日） |
| 受給者氏名 | 本人 |  |
| 子 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３　加入医療保険の変更 |
| 世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名 |  | 保険者名 |  |
| 記号・番号 | ・ | 健保組合・全国健保協会国保・国保組合・共済組合 | 支部 |
| 資格認定年月日 | 　　　年　　月　　日 | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４　金融機関の変更　（変更年月日：　　　　　　年　　　月　　　日）※通帳等の写しを提出 |
| 金融機関名 |  | 銀行・農協・信用金庫信用組合・労働金庫 | 本店支店 |
| 店番号 |  |  |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 預金種別 | 普　　通 |
| 口座名義人(カタカナ) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５　消滅理由　（消滅年月日：　　　　　　年　　　月　　　日） |
| 1．他市（町村）に転出　　転出先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

様式第７号（第２０条関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 町記入欄 | □　変更　□　消滅 | 受給資格証返却 | 済 ・ 未 | 処理年月日 | 　　年　月　日 |