

川越市ひとり親家庭等医療費受給者変更（消滅）届

(提出先)  
川越市長

年 月 日

川越市ひとり親家庭等医療費支給条例第9条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

申請者	住所	〒 ー										
	フリガナ	電話番号 ー ー										
	氏名											
対象となる受給者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（住所の記入は不要です。）										
	受給者番号											
	フリガナ								生 年 月 日			
	氏名								年 月 日			
変更事項	加入医療保険	名称										
		保険者番号										
		被保険者記号・番号										
		世帯主・被保険者・組合員・加入者	フリガナ									
			氏名									
	振込先口座	金融機関の名称						支店等の名称				
		口座種別	普通・当座					口座番号				
		フリガナ										
		口座名義人										
	住所	新住所										
旧住所												
氏名	新氏名											
	旧氏名											
家族状況	増・減	氏名					続柄					
		個人番号										
資格消滅の場合	1 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。理由（ ）												
5 その他（ ）												
上記の事由が生じた年月日						年 月 日						

※市処理欄

入力	証交付	要 ・ 不要
	通知	不要・認定・停止・消滅

(川越市子ども未来部 子ども政策課)