

別記様式第6号（第10条関係）

ひとり親家庭等医療費助成金受給資格変更届

平成 年 月 日

野々市市長 宛

届出者 住 所

電話番号

氏 名

印

ひとり親家庭等医療費助成金受給資格について、次のとおり変更がありましたので届け出ます。

対象者氏名 該当するすべての方を記入	生 年 月 日	受給資格証番号	※ 市処理欄 受給資格証交付
	昭和 平成 年 月 日		窓口・郵送・不要
	昭和 平成 年 月 日		窓口・郵送・不要
	昭和 平成 年 月 日		窓口・郵送・不要
	昭和 平成 年 月 日		窓口・郵送・不要
	昭和 平成 年 月 日		窓口・郵送・不要

申請事由	1 氏名変更 2 住所変更 3 加入保険変更 4 振込口座変更 5 資格取得 6 資格喪失			
	◎事由発生年月日(加入保険変更の場合は資格取得年月日) 平成 年 月 日			
氏名	旧氏名			
	新氏名			
住所	旧住所	野々市市		
	新住所	野々市市		
加入保険	旧	保険者名称 (発行機関)		
	新	被保険者氏名	対象者との続柄	
			被保険者住所	
		記号・番号	保険者番号
	保険者名称 (発行機関)			
振込口座	金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	口座番号 普通預金
	フリガナ 口座名義人 ※保護者名義			
資格取得	ふりがな 氏 名	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	申請者との続柄	取得理由		
資格喪失	ふりがな 氏 名	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	申請者との続柄	喪失理由		