様式第6号（第7条関係）

ひとり親家庭医療費助成金受給資格等変更届

令和　　年　　月　　日

（あて先）南アルプス市長　様

申請者　住所

氏名　　㊞

電話

次のとおり変更になりましたので、届け出ます。

受給者番号	
変更事由	1 氏名　2 住所　3 加入医療保険　4 振込先金融機関 5 対象児童増　6 対象児童減　7 その他（　　）
変更年月日	年　月　日

		旧	新
氏　名			
住　所			
加入医療保険	保険の種類	1国保　2組合　3協会 4日雇　5船員　6共済	1国保　2組合　3協会 4日雇　5船員　6共済
	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名		
	申請者との続柄	本人　その他（　　）	本人　その他（　　）
	記号番号		
	保険者名		
	保険者所在地	電話　（　　）	電話　（　　）
	附加給付の有無	有　無	有　無
振込先金融機関	金融機関・支店名	銀行・農協 信金・信組　支店	銀行・農協 信金・信組　支店
	口座番号		
	口座の種類	普通　当座	普通　当座
その他			

対象児童の増減	ふりがな （対象児童）氏名	生　年　月　日	続柄	性別	同居・別居の別	他医療助成制度の受給資格
		年　月　日生		男 女	同居 別居	有 無
	増減理由					

《注》 1　変更事由欄の該当する番号を○で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。
2　内容変更の事実を証明できるものを提示してください。
3　受給者証を添付してください。