

(所得・保険・個人番号)

ひとり親家庭等医療費助成に関する変更届

徳島市長殿

平成 年 月 日

(届出人)住所

氏名 ⑩

生年月日 年 月 日

電話 — —

重度心身障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則第7条の規定により届出します。

1. 変更する方の受給者番号及び氏名。

	受給者番号	氏名
ひとり親家庭の親等		
児 童		
児 童		
児 童		

2. 所得及び保険内容の変更

変更項目		変更後	変更前
基準所得額			
医療保険	被保険者氏名		
	記号 番号		
	保険者名		
	附加給付		

3. 個人番号の変更

氏名	変更後	変更前

この申請について、住民票情報、地方税情報、国民健康保険状況、生活保護情報について、官公署・関係人に調査・報告を求めることに同意します。

受付者 _____

記入例

(所得・保険・個人番号)

ひとり親家庭等医療費助成に関する変更届

徳島市長 殿

平成 年 月 日

ひとり親家庭の父母の方のお名前を記入してください。
注) お子様のお名前は記入しないでください。

出) 住所 徳島市幸町2丁目5番地
氏名 徳島 花子 (印)
生年月日 平成2年1月24日
電話 090 - 1111 - 1111

ひとり親家庭の父母の方と対象のお子様の受給者番号と氏名を記入してください。医療費の助成に関する条例施行規則第7条の規定により届出及び氏名。

	受給者番号	氏名
ひとり親家庭の親等	9100001	徳島 花子
児 童	9100022	徳島 次郎
児 童	9100033	徳島 太郎
児 童	9100044	徳島 佳子

2. 所得及び保険内容の変更

変更項目	変更後	変更前
変更後の保険証の記載内容を記入してください。	徳島 花子	
医療保険 記号 番号	1444440 1111	
保険者名	徳島健康保険組合	
附加給付		

3. 個人番号の変更

氏名	変更後	変更前

この申請について、住民票情報、地方税情報、国民健康保険状況、生活保護情報について、官公署・関係人に調査・報告を求めることに同意します。

受付者 _____