

## 記入例

ひとり親家庭等医療費等受給資格変更・喪失届

△△年 ◇月 ◇日

(あて先) 印西市長

届出人 氏 名 印西 花子住 所 印西市大森2364番地2生年月日 ▽▽年 ◆月 ◆日電話番号 0476- 42 -5111

下記のとおり、変更・喪失となりましたので、届け出ます。

該当する番号を○で囲み、変更事項詳細を記入してください。

## 1 変更

変 更 年 月 日	△△年 ◇月 ◇日		
1 氏 名	新		
	旧		
② 住 所	新	印西市大森2364番地2	
	旧	印西市美瀬1番地25	
3 加入医療保険	新	国保	社保 その他
	旧	国保	社保 その他
4 扶養義務者	増・減	氏 名	(続柄 ) (続柄 )
		生年月日	年 月 日 年 月 日
		個人番号	
		就労状況	就労中・非就労・年金受給中 就労中・非就労・年金受給中
		1月1日 住所地	都道 市区 府県 町村 都道 市区 府県 町村

## 2 喪失

喪 失 年 月 日	年 月 日
喪 失 事 由	転出・婚姻(事実婚含む)・その他 ( )

下記の同意書は、扶養義務者が追加となる場合に、署名をお願いします。

## 同 意 書

受給資格者が、助成資格を喪失するまでの間、住民基本台帳、戸籍、所得状況、市町村民税の課税状況、生活保護受給の有無等の審査に必要な情報を公簿等によって確認されることについて、同意します。

年 月 日

扶養義務者氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_