

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 _____
 住 所 _____
 生年月日 _____ 年 月 日
 電話番号 _____ - _____

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		
	旧		
3 加入医療保険	新	国保	社保 其他
	旧	国保	社保 其他
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 都道 市区 府県 町村 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 _____