

川越市ひとり親家庭等医療費受給者変更（消滅）届

(提出先) 年 月 日
川越市長

川越市ひとり親家庭等医療費支給条例第 9 条第 1 項の規定により、次のとおり届け出ます。

申請者	住 所	〒 ー													
	フリガナ	電話番号 ー ー													
	氏 名														
対象となる受給者	住 所	☐ 申請者と同じ（住所の記入は不要です。）													
	受 給 者 番 号														
	フリガナ									生 年 月 日					
	氏 名									年 月 日					
	個 人 番 号														
変更事項	加入医療保険	変更年月日	年 月 日												
		名 称													
		保険者番号													
		被 保 険 者 記号・番号													
		世帯主・被保 険者・組合員 ・加入者	フリガナ												
		氏名													
	振込先口座	金融機関の 名 称							支店等の名称						
		口座種別	普通・当座						口座番号						
		フリガナ													
		口座名義人													
	住 所	新住所													
		旧住所													
	氏 名	新氏名													
		旧氏名													
	家族 状況	増・減	氏名					続柄			個人番号				
資格 消滅の 場合	1 転出 転出先（														
	2 生活保護等受給														
	3 死亡														
	4 ひとり親家庭等でなくなった。 理由（														
	5 その他（														
	上記の事由が生じた年月日						年 月 日								

※市処理欄

入力	証交付	要 ・ 不要
	通 知	不要・認定・停止・消滅

(川越市こども未来部 こども政策課)