第9号様式（第19条関係）

# (親) ひとり親家庭等医療費受給者変更（消滅）届

<table>
<tr><td colspan="3">受給者証記号番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="10">変更の場合</td><td colspan="2">新氏名<br>（旧氏名）</td><td colspan="4">（　　のため変更）<br>（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">新住所<br>（旧住所）</td><td colspan="4">〒　　電話<br>（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">（新）内勤容務</td><td>職　業</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>勤　務　先</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>勤務先所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">（新）医療加入保険</td><td>保険の種類</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>被保険者氏名</td><td></td><td>申請者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>保険証記号番号</td><td></td><td>保　険　者</td><td></td></tr>
<tr><td>保険者所在地</td><td colspan="4">〒　　電話</td></tr>
<tr><td>付加給付の有無</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他の事項</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">変更年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">消滅の場合</td><td rowspan="2">消滅理由</td><td colspan="5">1　他市（町村）に転出<br>（転出先　　電話　　）<br>2　生活保護受給<br>3　死亡<br>4　ひとり親家庭等でなくなった<br>（具体的理由　　）<br>5　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">消滅年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
</table>

申請事項が変更

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費支給事業の　　
したので届出します。　　受給資格が消滅

年　　月　　日

横瀬町長　加　藤　嘉　郎　様

住所 横瀬町大字

氏名　　印