様式第5号(第7条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

　　年　　月　　日

小野町長　　様

届出人　住所　　小野町大字

氏名　　　　　　　　　　㊞

次のとおり変更が生じたので、届出します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 第　　　　　号 | 変更事由 | 　 |
| 区分 | 新 | 旧 |
| 受給者 | 氏名 | 　 | 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 | 住所 | 　 |
| 加入保険 | 記号 | 　 | 記号 | 　 |
| 番号 | 　 | 番号 | 　 |
| 保険者名 | 　 | 保険者名 | 　 |
| 被保険者 | 　 | 被保険者 | 　 |
| 付加給付内容 | 　 | 付加給付内容 | 　 |
| 支払希望金融機関 | 　 | 支払希望金融機関 | 　 |
| 口座番号 | 　 | 口座番号 | 　 |
| 変更年月日 | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 資格を喪失した児童 | 氏名 | 　 | 続柄 | 　 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 喪失年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 喪失事由 | 　 |
| (注意)　変更の事実を証明できるものを提示してください。 |