様式第６号（第10条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | 受付 | 年　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 処理 | 年　　月　　日 |
| 決裁 | 年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| ひとり親家庭医療費受給資格内容等変更届年　　　月　　　日　さくら市長　　　　　　　　　　様 |
| 届出者 | 住所　さくら市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**本人自署の場合は、押印を省略できます。**電話番号　　　　　―　　　　　　―　　　　　　 |
| 受給資格者 | 氏名 | 　 | 資格者証記号番号 | 　 |
| 住所 | (届出者の住所と違う場合のみ記入)　さくら市 |
| 変更事由 | 住所変更　　加入保険変更　　資格喪失　　その他(　　　　　　　　　　　　　　) |
| 変更事項 | 変更する項目のみ記載してください。 |
| 　 | 新 | 旧 |
| 住所 | さくら市 | さくら市 |
| 住定日 | 年　　　月　　　日　　 | 　 |
| 助成対象者 | 氏名 | 　 | 事由 | 　 | 氏名 | 　 | 事由 | 　 |
| 氏名 | 　 | 事由 | 　 | 氏名 | 　 | 事由 | 　 |
| 氏名 | 　 | 事由 | 　 | 氏名 | 　 | 事由 | 　 |
| 氏名 | 　 | 事由 | 　 | 氏名 | 　 | 事由 | 　 |
| 氏名 | 　 | 事由 | 　 | 氏名 | 　 | 事由 | 　 |
| 加入保険 | 被保険者氏名 | 　 | 　 |
| 記号番号 | 　 | 　 |
| 保険者名称 | 　 | 　 |
| 所在地 | 　 | 　 |
| 資格取得年月日 | 年　　　月　　　日 | 　 |
| 資格喪失年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日　　(理由　　　　　　　　　　　　) |
| 備考 | 　 |