様式第６号（第１３条第１項）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　四街道市長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

届出者　氏　　名

電話番号　　　（　　）

　ひとり親家庭等医療費等助成受給資格変更等届

　　　次のとおり受給資格に変更等がありましたので、四街道市ひとり親家庭等医療費等

助成条例第９条の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族構成 | | 氏名 | | 生　年  月　日 | 届出者  との続柄 | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | 障害の  有　無 |
|  | |  | 本人 | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 有／無 |
|  | |  |  | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 有／無 |
|  | |  |  | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 有／無 |
|  | |  |  | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 有／無 |
|  | |  |  | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 有／無 |
|  | |  |  | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 有／無 |
| 加入保険 | 被保険者  氏名 |  | | | | 記号－番号 | | | | | | | ― | | | | | | | | |
| 被保険者  住所 |  | | | | 資格取得  年月日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 保険者  名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活保護  受給状況 | | □　受けている　□　受けていない　□　申請中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先金融機関 | 金融機関名 | | | | | | 支店名 | | | | | | | | | | | | | | |
| （金融機関コード：　　　　　　　） | | | | | | （支店コード：　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| １　普通  ２　当座 | | 口座番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名義人(フリガナ) | | | | （　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 同意書  　受給資格の審査のため、私の地方税関係情報及び記載内容について四街道市が確認することに同意します。  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更等年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　備考　変更のある箇所に必要事項を記入してください。