

令和 年 月 日

黒石市長様

申請者 住所氏名  
電話

印

変更  
黒石市ひとり親家庭等医療費受給資格届  
消滅

下記のとおり資格証を添えて届出します。

記

受給者	父又は母	氏名	(父・母)		
	児童	氏名		生年月日	
		氏名		生年月日	
		氏名		生年月日	

1 変更届

区分	変更内容			
住所				
受給者氏名	氏名		氏名	
	氏名		氏名	
加入保険	種別		記号・番号	
	保険者			
振込口座	金融機関名		支店名	
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	(フリガナ)		
変更年月日				

2 消滅届

消滅理由	
消滅年月日	