

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 | |