

ひとり親家庭医療受給資格変更届

令和 年 月 日

泉佐野市長 殿

泉佐野市

申請者 住 所

氏 名

電話番号

変更事由	1. 氏名 2. 住所 3. 加入医療保険 4. 扶養義務者(増・減) 5. 児童(増・減)					
変更年月日	令和 年 月 日					
	変更前			変更後		
1. 氏名	①父母又は養育者					
	②児童					
2. 居住地	泉佐野市			泉佐野市		
3. 加入医療保険	記号番号					
	※枝番が印字されている場合は、記入をお願いします。			(枝番)	対象者	
				(枝番)	対象者	
				(枝番)	対象者	
				(枝番)	対象者	
				(枝番)	対象者	
	被保険者等の氏名					
①どの続柄						
保険者番号						
保険者名称						
4. 扶養義務者	氏名				増・減	
	個人番号				
5. 対象児童	氏名				増・減	
	個人番号				

※泉佐野市がひとり親家庭医療費助成制度の事務処理をするうえで、個人番号を通じて地方税関係の情報及びその他必要とする公簿等について閲覧、取得することに同意します。

令和 年 月 日

(扶養義務者署名)

(1月1日時点住所)

※1月～9月申請は前年、10月～12月申請は本年の住所をご記入ください。

受給者番号	児童扶養手当証書番号	台帳	索引簿	医療証発行日	医療証返還日
				年 月 日	年 月 日