

ひとり親家庭医療受給資格変更届

泉佐野市長 殿

令和 年 月 日

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														
1. 氏名	父母又は 養育者							配偶者							
	児童							児童							
	児童							児童							
2. 居住地	泉佐野市														
3. 医療保険 資格情報	記号							番号							
	(枝番)	対象者							個人番号						
	(枝番)	対象者							個人番号						
	(枝番)	対象者							個人番号						
	(枝番)	対象者							個人番号						
	(枝番)	対象者							個人番号						
	被保険者等の 氏名							父母又は養育者との 続柄							
	保険者番号														
	保険者名称														
	資格取得年月日 (認定年月日)	平 ・ 令 年 月 日													
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