

## 様式第6号（第10条関係）

|    |    |      |    |   |    |             |  |  |
|----|----|------|----|---|----|-------------|--|--|
| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | 受付 | 年    月    日 |  |  |
|    |    |      |    |   | 処理 | 年    月    日 |  |  |
|    |    |      |    |   | 決裁 | 年    月    日 |  |  |

ひとり親家庭医療費支給資格内容等変更届

年    月    日

真岡市長                  様

住所    真岡市

申請者      氏名

電話

|                      |       |         |                                                                       |                                                       |  |        |        |  |  |
|----------------------|-------|---------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|--------|--------|--|--|
|                      |       | 受給者氏名   |                                                                       |                                                       |  | 資格者証番号 |        |  |  |
| 変<br>更<br><br>事<br>項 | 変更事由  |         | 住所変更・氏名変更・保険証変更・その他（                                 ）                |                                                       |  |        |        |  |  |
|                      | 住所    |         |                                                                       |                                                       |  |        |        |  |  |
|                      | 助成対象者 | 氏名      |                                                                       |                                                       |  |        | 続柄     |  |  |
|                      |       | 氏名      |                                                                       |                                                       |  |        | 続柄     |  |  |
|                      |       | 氏名      |                                                                       |                                                       |  |        | 続柄     |  |  |
|                      |       | 氏名      |                                                                       |                                                       |  |        | 続柄     |  |  |
|                      | 加入保険  | 保険証記号番号 |                                                                       | 保    険    者    名                                      |  |        | 被保険者氏名 |  |  |
|                      |       |         |                                                                       | 共済組合<br>健康保険組合<br>国民健康保険・真岡市<br>全国健康保険協会（         ）支部 |  |        |        |  |  |
|                      | 備考    |         |                                                                       |                                                       |  |        |        |  |  |
| 資<br>格<br>喪<br>失     | 喪失事由  |         | 転出・婚姻（事実婚含む）・生活保護受給・死亡・その他（                                 ）         |                                                       |  |        |        |  |  |
|                      | 事由発生日 |         | 年                                 月                                 日 |                                                       |  |        |        |  |  |