

様式第7号(第9条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ひとり親家庭等医療費受給資格認定事項異動届 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 異動内容 | | | 異動前 | | | | | | | | | | | | 異動後 | | | | | | | | | | | | 異動年月日及び異動理由 |
| (※)  受給者 | | 氏名 |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 異動年月日  　　　年　　月　　日  理由　転居・氏名変更  その他(　　　　　　　　) |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 町　　　　免　　　番地 | | | | | | | | | | | | 町　　　　免　　　番地 | | | | | | | | | | | |
| 助成対象者(※) | ① | 氏名 |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 異動年月日  　　　年　　月　　日  理由　転居・氏名変更  その他(　　　　　　　　) |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 1. 受給者に同じ 2. 町　　　　免　　　番地 | | | | | | | | | | | | 1. 受給者に同じ 2. 町　　　　免　　　番地 | | | | | | | | | | | |
| 受給者証記号・番号 | (記号)　松母・松父・松子  (番号) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ② | 氏名 |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 異動年月日  　　　年　　月　　日  理由　転居・氏名変更  その他(　　　　　　　　) |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 1. 受給者に同じ 2. 町　　　　免　　　番地 | | | | | | | | | | | | 1. 受給者に同じ 2. 町　　　　免　　　番地 | | | | | | | | | | | |
| 受給者証記号・番号 | (記号)　松母・松父・松子  (番号) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ③ | 氏名 |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 異動年月日  　　　年　　月　　日  理由　転居・氏名変更  その他(　　　　　　　　) |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 1. 受給者に同じ 2. 町　　　　免　　　番地 | | | | | | | | | | | | 1. 受給者に同じ 2. 町　　　　免　　　番地 | | | | | | | | | | | |
| 受給者証記号・番号 | (記号)　松母・松父・松子  (番号) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 医療保険 | | 被保険者名 |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 異動年月日  　　年　　月　　日  理由  1　勤務先変更  2　世帯主変更  3　受給者変更  4　その他(　　　　　) |
| 医療保険の名称 | 国保　　・　社保（協会けんぽ）・  健保組合・　共済組合・  その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | 国保　　・　社保（協会けんぽ）・  健保組合・　共済組合・  その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号番号 | (記号)  (番号) | | | | | | | | | | | | (記号)  (番号) | | | | | | | | | | | |
| 振込先金融機関 | | 金融機関名 | 銀行・農協・信用組合 | | | | | | | | | | | | 銀行・農協・信用組合 | | | | | | | | | | | | ＊振込先口座は受給者本人の名義に限ります。 |
| 支店名 | 支店・出張所 | | | | | | | | | | | | 支店・出張所 | | | | | | | | | | | |
| 口座種別 | 普通　・　当座　・　貯蓄 | | | | | | | | | | | | 普通　・　当座　・　貯蓄 | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| その他の異動事項 | |  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
| 上記のとおり異動しましたので届け出ます。あわせて、異動内容の審査及び異動後の医療費助成申請に対する審査・支給額決定に当たり、世帯の所得状況等を公簿又は個人番号により確認することに同意します。  年　　月　　日  　　松浦市長　　　　様  届出者　住所　　松浦市　　　町　　　免　　　番地  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　受給者・助成対象者の異動前の氏名及び受給者証記号・番号欄は全て記載してください。

　　　２　その他の欄は変更箇所のみ異動前・異動後の欄を記載してください。

　　　３　申請者の記入を自署で行う場合、押印を省略することができます。