

ひとり親家庭等医療費助成事業申請事項変更（消滅）届

愛川町長 殿

年 月 日

届出人 住 所 愛川町 _____

氏 名 _____

電 話 _____

次のとおり届け出します。

1. 変更届

※変更のあるところのみ、ご記入ください。

保 険 変 更	保 険 種 別	別紙のとおり	
	記 号 番 号		
	保 険 者 名		
	変 更 者		<input type="checkbox"/> 全員 <input type="checkbox"/> 親のみ <input type="checkbox"/> 子のみ
	変 更 年 月 日		年 月 日
住 所 変 更	変 更 前 の 住 所	愛川町	
	同 居 者 の 変 更	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり	
	変 更 した 同 居 者 の 氏 名		
	変 更 年 月 日	年 月 日	
氏 名 変 更	変 更 内 容	<input type="checkbox"/> 全員 <input type="checkbox"/> 親のみ <input type="checkbox"/> 子のみ	
	変 更 年 月 日	年 月 日	
18歳以降で 在学の場合	受 給 者 氏 名		
	受 給 者 生 年 月 日	年 月 日	
	添付書類： <input type="checkbox"/> 在学を証する書類（在学証明書等）		

2. 消滅届

理 由	<input type="checkbox"/> 転出	(年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 生活保護開始	(年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 婚姻または事実婚の開始	(年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 死亡	(年 月 日)
	<input type="checkbox"/> その他	(年 月 日)
(理由：)

