

ひとり親家庭等児童福祉医療費受給資格等変更(喪失)届

この欄は必ずご記入ください

		R6年4月1日			
届出者	氏名	秋田 花子	連絡先	050-7777-7777 (自宅 携帯)	
	住所	秋田市山王一丁目1番1号			
子ども(受給者)	氏名	秋田 太郎	受給者番号		
	生年月日	R2年6月15日	0	0	
			0	0	
		※処理欄	住民番号		
該当する事由を○で囲んでください。公簿等で確認できる場合は証する書類を省略できます					
① 扶養義務者の追加 ※1 4 その他 2 扶養義務者の削除 3 保護者等の所得変更					
事由発生日 年 月 日					
扶養義務者を追加する場合に記入					
受給資格変更事由	同意	<input checked="" type="checkbox"/> 市長が、受給資格に係る次の扶養義務者に関する事項について、公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む。)により確認することに同意します。			
	フリガナ	生年月日	昨年1月1日時点の住所地	本年1月1日時点の住所地	
	扶養義務者①	アキタ イチロウ 秋田市郎	S38年9月10日 子どもからみた続柄 母の父	<input checked="" type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外 都道府県 市区町村	<input checked="" type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外 都道府県 市区町村
	扶養義務者②	アキタ イチコ 秋田市子	S39年10月11日 子どもからみた続柄 母の母	<input checked="" type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外 都道府県 市区町村	<input checked="" type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外 都道府県 市区町村
扶養義務者③		年 月 日 子どもからみた続柄	<input type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外 都道府県 市区町村	<input type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外 都道府県 市区町村	
該当する事由を○で囲んでください。公簿等で確認できる場合は証する書類を省略できます					
1 受給者が市外に転出 2 受給者の死亡 3 医療保険資格喪失 4 生活保護の開始 5 児童福祉施設等の入所(入所先) 6 障がい児医療費助成の開始 7 保護者等の婚姻 8 その他					
事由発生日 年 月 日					

ポイント①

届出者は受給者(子ども)の保護者です。

ポイント②

事由発生日は、それぞれの事由が発生した日にご記入ください。

例) 婚姻→婚姻日 扶養義務者の追加→同居日

ポイント③

扶養義務者は同居する18歳以上の親族をご記入ください。