様式第４号(第14条、第15条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格(変更・喪失)届

受給者	①保護者又は養育者氏名	生年月日
	②児童氏名	生年月日

＊喪失に該当する方(該当するものに○)

事由	1. 婚姻　2. 転出　3. 生保開始　4. 死亡 5. その他(　　)　喪失日　　年　月　日

＊変更に該当する方(該当するものに○)

変更項目		変更後	
	1. 加入保険	保険種別　(協　組　日　船　共　国　国組　自　特定　後期)	
		保険者名	保険者番号
		被保険者名	①との続柄
		記号	番号
		保険加入日　　年　　月　　日	
	2. 保護者		

松原市長　殿
上記のとおり、医療費の受給資格について変更又は喪失の届出をいたします。
なお、届出に当たり、公簿等により私の所得等の確認をされることを承諾します。
また、家族の所得等を調査されることについて、家族の承諾を得ています。

年　　月　　日

申請者
(保護者)　住所

氏名　　㊞

電話番号

----------市　役　所　記　入　欄----------

決　裁				資格(変更・喪失)日	受付印
課長	課長補佐	係長	係員	年　月　日	
				保護者受給者番号	