

ひとり親家庭等 医療費受給資格 変更届

＜受給者＞ (変更対象となる方)

| 氏名 | | 生年月日 | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
|----|------|-------|------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | フリガナ | 年 月 日 | 市処理欄 | 課・初 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | フリガナ | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | フリガナ | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----|--------|
| 住所 | (建物名等) |
|----|--------|

＜変更する事項＞ (変更があった項目の□にしをつけ、変更内容を記入してください。)

| | | | |
|--------------------------------|-----------------------|------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 住所 | (変更前) | 市 処 理 欄 | 年 月 日 |
| | (変更後) | | |
| <input type="checkbox"/> 氏名 | (変更前) | 年 月 日 | |
| | (変更後) | | |
| <input type="checkbox"/> 保険者 | ※ 受給者の健康保険証等を提示してください | | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 生計維持者 | (変更前) | 年 月 日(生) | 年 月 日 |
| | (変更後) | | |

＜届出者＞ (受給者本人 または 保護者)

| | | | |
|------------------------------|---------------------------------------|-------|---------|
| 北見市長 様 | | (届出日) | 年 月 日 |
| 上記のとおり、申請内容に変更がありましたので届出します。 | | | |
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | 署名 | 個人番号 | |
| | | 電話番号 | - - |
| 住所 | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ(記入不要) | 続柄 | 受給者から見て |
| | (建物名等) | | |

北見市使用欄

| 本人確認 | 添付書類 | 備考 | | |
|---|---|----|----|---|
| ①番・免・パ・手帳 他() ②証・年金・児童・バス 社員・学生 他() 代理権確認手段 受給者証・保険証 障害者手帳・委任状 他() | <input type="checkbox"/> 受給者の保険証等の写し <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 第 4 類 | | | |
| | 受給者証 | 課長 | 係長 | 係 |
| | <input type="checkbox"/> 発行 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 無 | | | |

