

ひとり親家庭等医療費助成に関する変更届

徳島市長殿

令和 年 月 日

(受給者)住所

氏名

生年月日 年 月 日

電話 — —

本人確認 免許証・保険証+()
その他 ()

以下の事項に同意した上で、ひとり親家庭等医療費受給に関する変更を届け出ます。
(1)受給資格、請求内容の確認のため、申請者及びその児童、同居親族(以下「申請者等」といいます。)に関する所得(税状況)、世帯状況、児童扶養手当支給台帳情報、保険の加入状況及びその公費の助成内容について、官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。
(2)ひとり親家庭等医療費の助成に関する条例に基づく事務のうち個人番号を利用して処理する必要があるものについて、徳島市が申請者等の個人番号を法令の規定に基づいて取得・確認することに同意します。

1. 変更する方の受給者番号及び氏名

	受給者番号	氏名	変更前氏名
ひとり親家庭の親等			
児童			
児童			
児童			

2. 住所及び保険内容の変更

変更項目	変更後	変更前
住所		
加入保険	被保険者名	
	記号	
	番号	
	保険者名	

3. 個人番号の変更

氏名	変更後	変更前

ひとり親家庭等医療費助成に関する

記入例

徳島市長殿

(受給者)住所

ひとり親家庭の父母の方のお名前を記入してください。
注)お子様のお名前は記入しないでください。

氏名
生年月日 年 月 日
電話 — —

本人確認 免許証・保険証+()
その他 ()

以下の事項に同意した上で、ひとり親家庭等医療費受給に関する変更を届け出ます。
(1)受給資格、請求内容の確認のため、申請者及びその児童、同居親族(以下「申請者等」といいます。)に関する所得(税状況)、世帯状況、児童扶養手当支給台帳情報、保険の加入状況及びその公費の助成内容について、官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。
(2)ひとり親家庭等医療費受給者番号を利用して処理する必要があるものについて、徳島市が申請者等の個人番号を法令

ひとり親家庭の父母の方と対象のお子様の受給者番号とお名前を記入してください。

1. 変更

	氏名	変更前氏名
ひとり親家庭の親等		
児童		
児童		
児童		

2. 住所及び保険内容の変更

変更項目	変更後	変更前
変更後の保険証の記載内容を記入してください。		
加入保険	被保険者名	
	記号	
	番号	
	保険者名	

3. 個人番号の変更

氏名	変更後	変更前