第7号様式（第21条関係）

ひとり親家庭等医療費助成制度申請事項変更（消滅）届

医療証番号									入力		確認		インターネット 交付	回収
	負担者番号	8	1	1	3				新規	追加	保留	決定		
	受給者番号													

変更の場合（該当するものに○印）					
1 氏名	旧氏名		新氏名		
2 住所	旧住所				
	新住所				
3 同居の扶養義務者	種別	氏名	個人番号（追加の場合のみ記入）		
	追加 ・ 喪失				
	追加 ・ 喪失				
	追加 ・ 喪失				
4 保険	※ 新しい保険証のコピー（対象者全員分）を添付してください				
5 対象者	種別	追加 ・ 喪失	氏名	申請者との続柄	
	理由	出生 ・ 転入 ・ 転居 その他 （ ）	個人番号（追加の場合のみ記入） □公簿等により住民基本台帳関係情報、地方税関係情報等を取得することに同意します。		
6 その他	児童と同居・別居 / その他（ ）				
変更年月日	年 月 日				

※□で囲んでいる項目をご記入ください。

※「変更年月日」項目は、保険証の取得年月日を記入してください。

※お子様がマル乳・マル子・マル青をお持ちの場合も、対象のお子様の保険証のコピーが必要です。また、別途マル乳・マル子・マル青医療証_申請事項変更・消滅届をダウンロードしていただき、あわせて提出をお願いいたします。

※保険証の変更以外の項目での異動がある場合、インターネットでは様式をダウンロードできません。子ども総務課（042-724-2143）までお問合せください。

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の 申請事項が変更 / 受給資格が消滅 しましたので、届出します。

なお、同居の扶養義務者のうち、所得等を確認する必要がある者として市長が指定する者については、当該者が公簿等により住民基本台帳関係情報、地方税関係情報等を取得することに同意する旨を記した書類を提出いたします。

また、本書に記入した事項について、町田市のOA機器に登録することに同意します。あわせて、対象児童に小・中学生、高校生等がいる場合は、この届出をもって、義務教育就学児・高校生等医療費助成制度の医療証交付または資格消滅とすることに同意します。

届出日 年 月 日 申請者 住所

町 田 市 長 様 氏名

（生年月日 年 月 日）

電話番号 （ ）

※ ここから下は記入しないで下さい。

不足書類			
			同意書
			戸籍謄本（請求者・児童）
			健康保険証コピー（請求者・児童）

マル子・青対象
/ 引継済

会計年度処理
保険変更 … マル親会計年度へ
氏名・住所（証区分変更なし） / 証作成 →担当へ
住所変更（証区分変更あり）… 担当へ
一部追加・喪失 … 担当へ
死亡・婚姻・事実婚・監護なし（消滅）…担当へ
転出・生保・施設入所・対象児童マル乳のみ（消滅）…木箱へ
児童と同居・別居 … 担当へ