

様式第10号 (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

	変更事項	対象者	内容
変更	保険証	児童・保護者	保険証の写し(保険証に変更があった方全員分)を添付
	氏名	児童・保護者	新氏名
	住所	児童・保護者	新住所
	その他	児童・保護者	
消滅			消滅理由 転出・生活保護受給・死亡 ひとり親でなくなった (具体的理由 ) その他 ) ( ) 消滅年月日 年 月 日

変更(消滅)した方の氏名	対象者	個人番号(※変更届の場合のみ記入)												
	保護者													
	児童													
	児童													
	児童													
	児童													

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 しましたので届け出ます。  
 受給資格が消滅

年 月 日

住所

保護者氏名

電話番号

(あて先) 三鷹市長

本人確認

この届出に添付する書類により証明すべき事実を子育て支援課長が公簿等により確認することができる場合は、当該添付書類の提出を省略することができます。