

第9号様式

母子家庭・父子家庭等医療費等受給資格等認定申請内容変更届

年 月 日

(あて先) 成田市長

住 所 成田市

届 出 者 氏 名

電話番号

母子家庭・父子家庭等医療費等受給資格等認定の申請の内容に変更があったので、次のとおり届け出ます。

|                          |                       |                                      |     |           |                     |       |  |      |    |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----|-----------|---------------------|-------|--|------|----|
| 受 給 者 番 号                |                       |                                      |     |           |                     |       |  |      |    |
| 氏 名                      |                       |                                      |     |           |                     |       |  |      |    |
| 生 年 月 日                  |                       | 年 月 日                                |     | 年 月 日     |                     | 年 月 日 |  |      |    |
| 続 柄                      |                       |                                      |     |           |                     |       |  |      |    |
| 変 更 の あ っ た 年 月 日        |                       |                                      |     | 年 月 日     |                     |       |  |      |    |
| <input type="checkbox"/> | 住 所<br>変 更            | 旧                                    | 成田市 |           |                     |       |  |      |    |
|                          |                       | 新                                    | 成田市 |           |                     |       |  |      |    |
| <input type="checkbox"/> | 氏 名<br>変 更            | 旧                                    |     |           |                     |       |  |      |    |
|                          |                       | 新                                    |     |           |                     |       |  |      |    |
| <input type="checkbox"/> | 加入医<br>療保険<br>の変<br>更 | 1 国民健康保険                             |     |           | 2 職場の健康保険・共済組合      |       |  |      |    |
|                          |                       | 附加給付等                                |     |           | 有 ・ 無               |       |  |      |    |
|                          |                       |                                      |     |           | 自己負担限度額 円 ( 円未満切捨て) |       |  |      |    |
| <input type="checkbox"/> | 世帯等<br>の状況<br>の変<br>更 | 旧                                    |     |           | 新                   |       |  |      |    |
|                          |                       | 氏 名                                  |     | 受給者<br>番号 | 続柄                  | 氏 名   |  | 個人番号 | 続柄 |
|                          |                       | 1                                    |     |           |                     | 1     |  |      |    |
|                          |                       | 2                                    |     |           |                     | 2     |  |      |    |
|                          |                       | 3                                    |     |           |                     | 3     |  |      |    |
|                          |                       | 4                                    |     |           |                     | 4     |  |      |    |
|                          |                       | 5                                    |     |           |                     | 5     |  |      |    |
| <input type="checkbox"/> | 課 税 状 況<br>の 変 更      | <input type="checkbox"/> 非課税世帯から課税世帯 |     |           |                     |       |  |      |    |
|                          |                       | <input type="checkbox"/> 課税世帯から非課税世帯 |     |           |                     |       |  |      |    |

(注) 該当する□にレ印をつけ、変更の内容を記入してください。

|       |       |        |     |        |     |
|-------|-------|--------|-----|--------|-----|
| 受給券変更 | あり・なし | 旧受給券回収 | 済・未 | 新受給券交付 | 済・未 |
|-------|-------|--------|-----|--------|-----|

|     |
|-----|
| 受付者 |
|     |

|           |            |
|-----------|------------|
| 番号確認      | 本人確認       |
| 通 ・ 住 ・ 職 | 免・パ・障・精・在  |
|           | 資・年・児証・特児証 |
| 個人番号カード   |            |