

ひとり親家庭等医療費等受給資格変更届

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

申請者	住 所	〒 ー
	電話番号	
	氏 名	

下記のとおりひとり親家庭等医療費等受給資格の登録の内容に変更がありましたので、袖ヶ浦市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例第8条の規定により、届け出ます。

記

1. 対象となる助成資格者

受給者番号			
ふりがな			
氏 名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

2. 変更事由（該当の変更欄に○を記入してください）

変更事由の発生日		年 月 日			
住所変更	旧				
	新	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
氏名変更	旧				
	新				
加入医療保険変更	保険者名				
	保険者番号				
	保険種別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 共済組合 5 その他			
	被保険者名				
	記号番号	記号	番号		
	資格取得年月日	年 月 日			
扶養義務者変更	新たに扶養義務者になる方	氏 名			
		生年月日	年 月 日		
	扶養義務者でなくなる方	氏 名			
		生年月日	年 月 日		
個人番号変更	旧				
	新				
備 考					

注) 1 変更があった事項のみ記入してください。

2 加入医療保険の変更は、被保険者証又は組合員証をご提示ください。

3 扶養義務者を変更する場合、新たに扶養義務者となる方は、次の確認承諾書欄に記入してください。

確認承諾書

ひとり親家庭等医療費等受給資格登録申請をするにあたり、下記の項目について、承諾します。

記

- 1 助成金の算定に必要な、私の世帯の所得状況及び市民税課税状況を確認すること。
- 2 高額医療費の支給が該当となる場合
保険者から高額療養費が未支給であるために、袖ヶ浦市が交付した助成金が過払いとなっている場合は、ア又はイに同意します。
ア 私が保険者から高額医療費を受領するときは、袖ヶ浦市の過払い相当額を私が袖ヶ浦市に返還します。
イ 袖ヶ浦市が保険者から過払い相当額を直接受領する場合は、それにより私に高額医療費が支給されたことにすることに同意します。
- 3 家族療養附加給付金の支給が該当となる場合
保険者から家族療養附加給付金が未支給であるために、袖ヶ浦市が交付した助成金が過払いとなっている場合は、私が保険者から家族療養費附加給付金を受領し、袖ヶ浦市の過払い相当額を私が袖ヶ浦市に返還します。

新たに扶養義務者となる方の氏名

注) 公簿等で所得状況及び市町村民税課税状況を確認することができない場合は、課税状況等を証する書類を添付してください。