様式第１４号（第１０条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格変更届

年　　月　　日

瀬戸内市長　　様

届出人 住　所

氏　名

受給資格認定の審査（更新にかかる調査も含む）に必要な限りおいて、公簿により私及び私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況（保険情報については個人番号による情報連携を含む）を確認されることを私及び世帯員全員、承諾します。

受給資格者番号		
受給資格者	氏名	
	個人番号	
	生年月日	年　　月　　日
	住所（居住地）	
変更事項 1 氏名 2 住所 3 加入保険関係 (1)被保険者名	変更前	
(2)保険者名 (3)記号番号 (4)附加給付の内容 (5)その他 4 その他	変更後	
変更年月日		年　　月　　日

※ひとり親家庭等医療費受給資格者証及び個人番号カード等を添えて提出してください。

※本人及び世帯員の個人番号の変更についても、「その他」へ記載してください。