

福井市長 あて

申請者(受給者) 住所氏名電話番号

下記のとおり届け出ます。

また、福井市ひとり親家庭等の医療費等の助成に関する条例施行規則第13条第2項において準用する第8条ただし書又は第15条第1項ただし書、第2項、第5項若しくは第7項の規定による確認のために限り、市が受給者又は助成対象者の加入保険の資格に係る情報を取得することに同意します。

ひとり親家庭等医療費等受給者証交付申請事項変更届

Table with columns for '変更事項のある助成対象者氏名', '対象者番号', '変更年月日', '変更事項', '住所変更', '氏名の変更', '振込先金融機関の変更', '医療保険の変更', '受給資格の該当要件変更', 'その他の変更'.

同居の両親等の住所変更も記入(同居者いなければ「無し」と記入)

- (添付書類) ・変更後の預金通帳、キャッシュカード等振込先を確認できるもの
・社会保険各法における加入保険情報等の分かるもの(公簿等で確認ができる場合は不要)

Form with checkboxes for '回収', '破棄依頼', 'その他'.

Form with fields for '受付', '最終確認'.

振込口座を変更する方へ
次の手当の振込口座を同じ口座に変更したい場合は、☑を付けてください。
☐児童手当
☐児童扶養手当