

福井市長 あて

申請者 住所
(受給者) 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

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	
						年 月 日			・住所	
						年 月 日			・氏名	
						年 月 日			・振込金融機関	
						年 月 日			・医療保険	
						年 月 日			・受給資格該当要件	
						年 月 日			・その他	
住所 変更	変更前	※変更前の住所が上記受給者住所と同一である場合は記入不要								
	変更後	※児童と別居の場合は、児童を監護していることを証するものを添付すること(なお、児童が市外転出の場合は、住民票の写しも必要)。								
氏名の変更() のため変更)					振込先金融機関の変更					
(旧)氏名					(新)氏名					(新)金融機関名
										支店名
										(普通預金)
										口座番号
										名 義
医療 保険 の変更	変更前	1 国保	2 退職	3 国組	4 協会					
	変更後	5 日雇	6 組合	7 船員	8 共済					
受給資格の該当要件変更		変更前				変更後				
その他の変更(同居の親族、その他の者等)										

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)

<input type="checkbox"/> 回収	<input type="checkbox"/> 破棄依頼
<input type="checkbox"/> その他()	

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