

# ひとり親家庭等児童福祉医療費受給資格等変更（喪失）届

(宛先) 秋田市長

年 月 日

届出者	氏名			連絡先	(自宅 / 携帯)				
	住所								
(受給者) 子ども	氏名			受給者番号					
	生年月日	年	月	日	※処理欄		住民番号		
受給資格変更事由	該当する事由を○で囲んでください。公簿等で確認できる場合は証する書類を省略できます								
	1 扶養義務者の追加 ※1		4 その他						
	2 扶養義務者の削除		[ ]						
	3 保護者等の所得変更								
	事由発生日	年	月	日					
	※1 扶養義務者の追加の場合は以下もご記入ください。								
	同意	<input type="checkbox"/>	市長が、受給資格に係る次の扶養義務者に関する事項について、公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により確認することに同意します。						
	フリガナ	生年月日	昨年1月1日時点の住所地	本年1月1日時点の住所地					
	氏名	年 月 日	<input type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外	<input type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外					
扶養義務者①		子どもからみた続柄	都道府県	都道府県					
			市区町村	市区町村					
扶養義務者②		年 月 日	<input type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外	<input type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外					
		子どもからみた続柄	都道府県	都道府県					
			市区町村	市区町村					
扶養義務者③		年 月 日	<input type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外	<input type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外					
		子どもからみた続柄	都道府県	都道府県					
			市区町村	市区町村					
喪失事由	該当する事由を○で囲んでください。公簿等で確認できる場合は証する書類を省略できます								
	1 受給者が市外に転出		6 障がい児医療費助成の開始						
	2 受給者の死亡		7 保護者等の婚姻						
3 医療保険資格喪失		8 その他							
4 生活保護の開始		[ ]							
5 児童福祉施設等の入所 (入所先 )									
事由発生日	年	月	日						
※処理欄	子福	制度切替	→	受付者	確認者	子福	発行日	回収日	
	西部・北部・南部・駅東						/	/	
	河辺・雄和								

※印欄は記入しないでください。