別記様式第１５号（第１６条関係）

　ひとり親家庭等　医療費受給資格　変更届

＜受給者＞（変更対象となる方）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 生年月日 | 個人番号 |
| １ | フリガナ | 年　 月 　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | 市処理欄 | 課・初 |
| ２ | フリガナ | 年　 月 　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | 市処理欄 | 課・初 |
| ３ | フリガナ | 　年　 月 　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | 市処理欄 | 課・初 |

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | （建物名等） |

＜変更する事項＞（変更があった項目の□にレをつけ、変更内容を記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ 住所 | （変更前） | 市　　処　　理　　欄 | 年　　　月　　　日 |
| （変更後） |
| □ 氏名 | （変更前） | 年　　　月　　　日 |
| （変更後） |
| □ 保険者 | ※ 受給者の健康保険証等を提示してください | 年　　　月　　　日 |
| □ 生計維持者 | （変更前）　　（　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生）  | 年　　　月　　　日 |
| （変更後）（　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生）  |

＜届出者＞（受給者本人 または 保護者）

|  |
| --- |
| 北見市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出日）　　　　 　年　 　月　 　日上記のとおり、申請内容に変更がありましたので届出します。 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　 　 月　 　 日　 |
| 氏名 | 署名 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　－ 　　 　　　　－ |
| 住所 | □受給者と同じ（記入不要）（建物名等） | 続柄 | 受給者から見て |

北見市使用欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人確認 | 添付書類 | 備考 |
| ①番・免・パ・手帳他（　　　　　　　）②証・年金・児童・バス社員・学生他（　　　　　　　）代理権確認手段受給者証・保険証障害者手帳・委任状他（　　　　　　　　　）　 | □受給者の保険証等の写し□同意書□その他（　　　　　　　　　） |  |
| 第　４　類 |
| 受給者証 | 課長 | 係長 | 係 |
| □発行　□訂正　□無 |