

# ひとり親家庭等医療費受給者異動届

(宛先) 京 都 市 長		年 月 日
申請者の住所 京都市 区 (電話) - (携帯) -		届出者の氏名  扶養者との続柄 ( )

京都市ひとり親家庭等医療費支給条例第7条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。  
 なお、同条例第2条に係る調査（世帯状況、課税状況、生活保護受給の有無等）を京都市が行うことについて、生計同一者全員の同意を得ています。

受給者  ※変更後の内容は	扶養者 (母、父又は 児童の扶養者)	住所 <input type="checkbox"/> 届出者と同じ 電話 -	氏名 <input type="checkbox"/> 届出者と同じ	受給者番号						
	児童①	氏名		受給者番号						
	児童②	氏名		受給者番号						
	児童③	氏名		受給者番号						
	児童④	氏名		受給者番号						

異動の内容	<input type="checkbox"/> 氏名が変わった <input type="checkbox"/> 住所が変わった（同一区内・他区） <input type="checkbox"/> 世帯構成が変わった（同居者が増えた・減った） <input type="checkbox"/> 所得に変更があった（受給者・その他） <input type="checkbox"/> 加入医療保険に変更があった <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

異動年月日	年 月 日
-------	-------

加入 医療 保険	被保険者の住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 電話 -	資格取得年月日 (扶養者)	年 月 日
	被保険者の氏名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 扶養者との続柄 ( )	資格取得年月日 (児童①)	年 月 日
	保険者番号		資格取得年月日 (児童②)	年 月 日
	証記号・番号		資格取得年月日 (児童③)	年 月 日
	証発行機関の名称	電話 -	資格取得年月日 (児童④)	年 月 日

加入医療保険の詳細は別紙のとおり

付加給付等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 ) ※国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。
-------	--

## 同居者及び扶養関係者等の異動 ※転入・転出、所得の変更等、異動があった者を記入

同一住所に居住している者（住民票で世帯分離をしている者も含む）、別住所に居住している者（扶養関係がある者のみ）について、異動した者及び異動の内容は以下のとおりです。

氏名	生年月日	続柄	異動の内容(転出の場合は転出後の住所)
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計が別
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計が別
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計が別

注1 該当する□には、レ印を記入してください。

注2 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。

※本市使用欄	課長	係長	係員
上記の申請に基づき裏面のとおりに決定する。	令和 年 月 日		

