

松戸市ひとり親家庭等医療費等助成

受付確認印

資格喪失届

あて先)松戸市長

令和 年 月 日 下記のとおり届け出ます。

※太線の枠内のみ記入して下さい

登録番号				登録者氏名			
				印			
住所	松戸市						
登録資格 がなくなった 理由	<input type="checkbox"/> 婚姻(事実婚を含む)			<input type="checkbox"/> 生活保護受給			
	<input type="checkbox"/> 父と生計同一			<input type="checkbox"/> 児童福祉施設入所			
	<input type="checkbox"/> 市外転出			<input type="checkbox"/> 養育なし(養育者)			
	<input type="checkbox"/> その他						
	()						
事由発生日	平成		年		月		日
<input type="checkbox"/> 座変更	<input type="checkbox"/> 有(姓が変わる場合も含む)→下記に記入					<input type="checkbox"/> 無	
支払 金融機関	名称		支店名				
	名義				※カタカナで記入 通帳の写しを添付		
新氏名						<input type="checkbox"/> 上記と同じ	
新住所						<input type="checkbox"/> 上記と同じ	
新電話番号	-			-			

子育て支援課確認欄

添付書類	確認事項		
<input type="checkbox"/> 金融機関の通帳の写し	<input type="checkbox"/> 金融機関変更処理		
<input type="checkbox"/> その他 ()	審査日	年	月 日
	入力日	年	月 日
備考			