

ひとり親家庭等医療費助成制度 申請事項変更（減員）届

令和 年 月 日

練馬区長殿 関係書類を添えて、ひとり親家庭等医療費助成制度の児童変更届（減員）を届け出ます。

医療証 番号	負担者番号	8	1	1	3				
	受給者番号								
受給者の 氏名	フリガナ								
住所	練馬区 電話 ()								
減員理由	ア 母または父に扶養されなくなった イ 児童福祉施設に入所した ウ 死亡 エ その他 ()								
発生年月日	令和 年 月 日								
対象児童	氏名	生年月日	続柄	同別居	乳子青 の有無	障 の有無			
		H・R . .		同・別	有・無	有・無			
		H・R . .		同・別	有・無	有・無			
		H・R . .		同・別	有・無	有・無			

受付		審査①		入力		審査②	
----	--	-----	--	----	--	-----	--

医療証発行： 要 ・ 不要

医療証回収済

ひとり親家庭等医療費助成制度 申請事項変更（減員）届

令和 8年 4月 1日

練馬区長殿 関係書類を添えて、ひとり親家庭等医療費助成制度の児童変更届（減員）を届け出ます。

医療証 番号	負担者番号	8	1	1	3	医療証の番号を 記入してください					
	受給者番号										
受給者の 氏名	フリガナ ネリマ ハナコ 練馬 花子										
住所	練馬区 豊玉北6-12-1 電話 090 (****) ****										
減員理由	<input checked="" type="radio"/> ア 母または父に扶養されなくなった <input type="radio"/> イ 児童福祉施設に入所した <input type="radio"/> ウ 死亡 <input type="radio"/> エ その他 ()						該当する番号に ○を記入してください				
発生年月日	令和 8年 3月 31日										
対象児童	氏名	生年月日	続柄	同別居	乳子青 の有無	障 の有無					
	練馬 太郎	H・R 1 . 1 . 1	次男	同・別	有・無	有・無					
		H・R . .					無	減員となる児童について 記入してください			
		H・R . .					無				

受付		審査①		入力		審査②	
----	--	-----	--	----	--	-----	--

医療証発行： 要 ・ 不要

医療証回収済