別紙様式

公費負担による医療費助成制度等に係る届出書

届出をする制度に☑を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出制度 | ☑乳幼児または子ども医療費助成 |
| * ひとり親家庭等医療費助成 |
| * 重度心身障害者医療費助成 |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 認定の有無 | * 公費負担医療費助成制度の認定を受けている。（Ａへ進む） |
| * 公費負担医療費助成制度の認定から外れた。（Ｂへ進む） |

Ａ：認定を受けている方　**※受給者証の写しを添付してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生年月日 | 公費負担者番号 | | | | | | | | 発行機関名  （市町村名） | 有効開始日 |
| 受給者番号 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Ｂ：認定から外れた方

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生年月日 | 市町村名 | 喪失日  （不明の場合は空欄） | 理 由（該当に〇印） |
|  |  |  | 年　　月　　日 | 所得制限・住所変更・その他 |
|  |  |  | 年　　月　　日 | 所得制限・住所変更・その他 |
|  |  |  | 年　　月　　日 | 所得制限・住所変更・その他 |

地方職員共済組合広島県支部長　様

一般財団法人広島県職員互助会理事長　様

令和　　　年　　　月　　　日

組合員　　所属機関名

組合員番号

住所

氏名