

変更・失権届書

.....年.....月.....日

(あて先) **川崎市長**

(届出者) 住所

氏名 印

電話番号 受給者との続柄.....

| | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 健康手帳・受給者番号 | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | |
|------|----------------|----------------|---------------------|
| 受給者名 | | 明治 大正 昭和 |年.....月.....日生 |
| | 電話番号 - - | | |

次のとおり(変更・失権)を届け出ます。

(変更・失権箇所にチェックをつけてください)

| 変更 | 変更前 | 変更後 |
|------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 住所等 | 郵便番号 - 川崎市.....区..... 電話番号 - - | 郵便番号 - 川崎市.....区..... 電話番号 - - |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 備考 | | |

| 失権 | 失権理由 |
|-----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 失権 | |

| | |
|------------|----------|
| 地域ケア推進課受付印 | 健康増進課受付印 |
|------------|----------|