第7号様式

申請者の受給者番号							

(親) ひとり親家庭等変更(消滅)届

氏名に変更があった場合	新氏名	
	旧氏名	
	新氏名	
	旧氏名	

住所に変更があった場合	旧住所　　区

保険に変更があった場合	保険の種類	1 国民健康保険　2 健康保険組合　3 その他
	被保険者氏名	
	保険証記号番号	
	保険者名	
	保険者番号	
	附加給付の有無	1 有　　2 無

対象者が減った場合	氏名		理由	1 転出　2 死亡 3 その他

消滅の場合	1 転出(転出先;　　)
	2 ひとり親家庭等でなくなった　3 生活保護受給
	4 その他(具体的理由;　　)

変更又は消滅の年月日	年　月　日

以上のとおり、ひとり親家庭等医療費助成に係る

しましたので届け出ます。

□申請事項が変更

□受給資格が消滅

年　月　日

(宛先) 川崎市長

(新) 住所　　区

電話　(　　)

氏名