

① 小児医療費助成変更（消滅）届

変更・消滅の年月日 年 月 日

小児氏名		受給者番号
生年月日	年 月 日生	

※氏名の変更		申請者	小児
	新		
	旧		

※住所の変更	1 申請者	旧住所 区
	2 小児	

※保険の変更	保険の種類	1国保 2組合 3協会(旧政管) 4日雇 5船員 6共済		
	被保険者等	被保険者等の氏名		小児との続柄
		被保険者記号及び番号	記号	番号
	保険者番号			
	保険者名			

※資格消滅	1 市外に転出(転出先:)
	2 生活保護受給 3 重度障害者医療受給 4 ひとり親家庭等医療受給
	5 その他(具体的理由:)

※該当する変更（消滅）欄に御記入ください。

以上のとおり、小児医療費助成に係る $\left\{ \begin{array}{l} \square \text{申請事項に変更がありました} \\ \square \text{受給資格が消滅しました} \end{array} \right\}$ ので届け出ます。

なお、医療費助成変更(消滅)の手續に必要な限度で、川崎市における所得状況その他助成に関する事項の調査について市長に委任します。

年 月 日

(宛先) 川崎市長

(新) 住所 _____ 区 _____

電話 () _____

氏名 _____