

⑧ 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 | 町 | 丁目 | 番 | 号 |
| | | | | | 番地 | |

| | | | | |
|-------------------------|---------|----------|----------|-------|
| 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 |
| | 3 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
申請事項が変更
受給資格が消滅 しましたので
 届け出ます。

年 月 日

(宛先)川崎市長

(新)住所 区

電話()

氏名