

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			
	被 保 険 者 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 _____