

変更・失権届書

.....年.....月.....日

(あて先) 川崎市長

(届出者) 住所

氏名

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
☐ 住所等	郵便番号 -	郵便番号 -
	川崎市.....区.....	川崎市.....区.....
	電話番号 -	電話番号 -
☐ その他		
備考		

失権	失権理由
☐ 失権	

地域ケア推進課受付印	健康増進担当受付印
------------	-----------