

## 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<br>大正<br>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                |
|------------------------------|--------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 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 ..... - ..... |
| <input type="checkbox"/> その他 |                    |                    |
| 備考                           |                    |                    |

| 失権                          | 失権理由 |
|-----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 失権 |      |

|            |          |
|------------|----------|
| 地域ケア推進課受付印 | 健康増進課受付印 |
|------------|----------|