

様式第8号(第19条関係)

㊦ ひとり親家庭等医療費受給者変更(消滅)届

受給者番号		〇〇〇〇〇〇〇			
変更の場合	新(旧)氏名	() (のため変更)			
	新(旧)住所	〒 電話 ()			
	(新)職業				
	勤内勤務先				
	務容勤務先所在地				
	(新)保険の種類	国民健康保険			
	保加入健康	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	子育て花子	申請者との続柄	母
		記号番号	川島・〇〇〇〇	保険者	川島町
		保険者所在地	川島町大字下八ツ林870-1 電話049-297-1818		
	附加給付の有無	無			
その他の事項					
変更年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日				
消滅の理由	1 他市(町村)に転出	転出先() 電話 ()			
	2 生活保護等受給 3 死亡 4 ひとり親家庭等でなくなった 5 その他()	具体的理由()			
消滅年月日	年 月 日				
<p>上記のとおり、ひとり親家庭等医療費支給事業の申請事項が変更(申請事項が変更)されたので届出します。 受給資格が消滅(受給資格が消滅)</p> <p>令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>川島町長 様</p> <p>住所 川島町大字下八ツ林870番地1 氏名 子育て花子</p>					