

様式第8号(第19条関係)

親 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)氏氏名(名)	() (のため変更)		
	新(旧)住住所(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		
	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	子育花子	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	川島町大字下ハツ林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		
消滅の場合	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 具体的理由()			
	5 その他()			
	消滅年月日	年月日		
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 受給資格が消滅 したので届出します。				
令和〇〇年〇〇月〇〇日				
川島町長様				
住所 川島町大字下ハツ林870番地1 氏名 子育花子				