

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				
変更の場合	新(旧)氏名	() (のため変更)		
	新(旧)住所	〒 電話 ()		
	(新)勤務内容	職業		
		勤務先		
		勤務先所在地		
	(新)保険加入医療	保険の種類		
		世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	申請者との続柄	
		記号番号	保険者	
		保険者所在地	電話	
		附加給付の有無		
その他の事項				
変更年月日		年 月 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 具体的理由() 5 その他()			
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 受給資格が消滅 したので届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>川島町長 様</p> <p>住所 氏名</p>				