

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)職業			
	勤内勤務先			
	勤務先所在地			
	(新)保険の種類			
	保加入医療	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>				