

柏市ひとり親家庭等医療費受給者住所等変更・資格喪失届

令和      年      月      日

届出人 住所  
氏名  
電話

## 1 住所等変更

| 変 更 事 項       | 変 更 前 | 変 更 後 | 変更年月日 |
|---------------|-------|-------|-------|
| 住 所<br>(市内転居) |       |       | 年 月 日 |
| 氏 名           |       |       | 年 月 日 |
|               |       |       | 年 月 日 |
|               |       |       | 年 月 日 |
| そ の 他         |       |       |       |

※医療保険加入情報が変更になった場合は、変更後の医療保険加入情報が確認できるものの写しを添付のこと。

## 2 資格の喪失

| 理 由               |        | 喪失理由が<br>発生した日          |
|-------------------|--------|-------------------------|
| ひとり親家庭等で<br>なくなった | (具体的に) | 令和      年      月      日 |
| 市内に住所を有し<br>なくなった | (転出先)  |                         |
| その他               | (具体的に) |                         |

(同意事項)

\*住所・氏名の変更については、必要に応じ柏市が保有する住民記録並びに戸籍に関する記載について、柏市が調査することに同意します。