

記入例

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 元 年 11 月 〇 日

柏市長 あて

届出人 住所 柏市柏〇〇—〇〇—〇

氏名 柏 太郎

電話 123—456—7890

1 住所等変更

変更事項	変更前	変更後	年月日
住所 (市内転居)			
氏名			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
その他			

記入当日の日付，申請者の方の住所，氏名，電話番号をご記入ください。

「事実婚のため」とご記入ください。
(※一般的な事実婚と異なり，当制度はパートナーとの同居についても事実婚となります。)

※健康保険... (※一般的な事実婚と異なり，当制度はパートナーとの同居についてのこと。)

2 資格の喪失

理	由	喪失理由が発生した日
ひとり親家庭等 なくなった	(具体的に)	平成30年 11月28日
市内に住所を有し 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，必要に応じ柏市が記載について，柏市が調査することに同意します。

パートナーの方との同居を始めた日をご記入ください。
(※記入例では住民記録上のご転入日を記載させていただいています。)