

# ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

大川市長 様

申請者 住所

氏名

TEL

個人番号

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由	1 大川市から転出した 2 生活保護を受けた 3 母子家庭(父子家庭)でなくなった 4 児童福祉法により児童福祉施設に収容された 5 死亡した 6 その他 ( )
受給資格喪失年月日	年 月 日
医療証の受給者 番号及び氏名	受給者番号
	氏 名