

様式第11号(第12条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女	
	生年月日		年	月	日
住所					
1 資格喪失事由					
(1) 他の市町村に転出したため(転出先)					
(2) ひとり親家庭でなくなったため (具体的理由)					
(3) ひとり親家庭の父若しくは母又は養育者が死亡したため (氏名)					
(4) その他 (具体的理由)					
2 資格喪失事由発生年月日					
年 月 日					

上記のとおり受給資格を喪失したので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住所

届出者

氏名

(受給者との続柄)



燕市長 様

注 資格喪失事由の該当する番号を○で囲んでください。

◎ 記名押印に代えて署名することができます。