

様式第5号の2(第9条関係)

ひとり親家庭医療費受給者資格喪失届

年 月 日

砥部町長 様

届出人 住 所

氏 名



T E L 一

下記のとおりひとり親家庭医療費受給者の資格がなくなりましたので届け出ます。

受 給 者 資 格	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
	受 給 者 番 号			
受給資格がなくなった理由	(1)受給資格者が死亡したため。 (2)受給資格者が町外に住所を変更したため。 (3)受給資格者が社会保険各法の規定による被保険者又は被保険者の被扶養者でなくなったため。 (4)受給資格者が生活保護を受けることになったため。 (5)その他()			
資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日			

※「資格がなくなった理由」の欄は、該当する番号を○で囲んでください。