

令和 年 月 日

ひとり親家庭医療費受給者受給資格喪失届

(あて先) 周 南 市 長

住 所

氏名 (保護者)

() 内は受給者名

受給者証記号・番号	—	()
	—	()
	—	()

下記のとおりひとり親家庭医療の受給資格がなくなりましたので、受給者証を添えて届け出ます。

理 由

1. 転 出
2. 生活保護開始
3. その他

喪失年月日

年 月 日