

ひとり親家庭等 福祉医療費受給資格 喪失届

<受給資格が喪失となる方>

氏 名		受給者番号	生年月日	個人番号									
1	カナ		年 月 日										
				市処理欄					課・初				
2	カナ		年 月 日										
				市処理欄					課・初				
3	カナ		年 月 日										
				市処理欄					課・初				
住所	(建物名等)												

<資格喪失の理由>

いずれかに○	1. 死亡 2. 転出 3. 生活保護の受給開始 4. 所得制限 5. 他法の適用 6. 施設入所 7. その他 ()
資格喪失年月日	令和 年 月 日

<届出者> (受給者本人 または 保護者)

諫早市長 様 (届出日) 年 月 日	
上記の理由により、ひとり親家庭等医療費受給資格を喪失しましたので届出します。	
フリガナ	生年月日 年 月 日
氏名	署名
	個人番号
	電話番号
住所	続柄
<input type="checkbox"/> 受給資格が喪失となる方と同じ (記入不要)	
住所	(建物名等)

諫早市使用欄

添 付	備 考
<input type="checkbox"/> 受給者証	発生年月日 (. .) 資格喪失年月日 (. .) 転出予定日 (. .) 受給者証 (回収・期限訂正・無)

