

# 記入例

## 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 イサハヤ ハナコ 諫早 花子	1234567	令和 ○年 ○月 ○日	市処理欄 課・初
2	カナ イサハヤ イチロウ 諫早 一郎			
3	カナ イサハヤ ジロウ 諫早 二郎			市処理欄 課・初

対象者の氏名・受給者番号・生年月日・住所を記入してください

住所 (建物名等)	諫早市東小路町7番1号
--------------	-------------

喪失理由・喪失年月日を記入してください

<資格喪失の理由>

いずれかに○	1. 死亡 2. 転出 3. 生活保護の受給者となる 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) 令和 ○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 イサハヤ ハナコ	生年月日 平成 △年 △月 △日
署名 氏名	個人番号
	電話番号 0957 - 22 - 1500
住所 (建物名等)	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格が喪失となる方と同じ (記入不要) 受給資格が喪失となる方から見て 本人

申請者(保護者)の氏名・生年月日・住所・電話番号・続柄・申請日を記入してください

諫早市使用欄

添付

備

喪失の場合、諫早市の福祉医療費受給者証の有効期間は、**転出予定日の前日**までとなります。  
転出日以降は利用できませんので(医療機関窓口での現物給付含む)、市へ返却していただくか、確実に処分してください。