ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年　月　日

大野城市長　宛

届出人　住　所

氏　名

電　話

下記の理由により、受給資格を喪失しましたので届け出ます。

受給資格喪失の事由	１．市町村から転出した ２．生活保護を受けた ３．母子家庭（父子家庭）でなくなった ４．所得超過 ５．児童福祉施法により児童福祉施設に収容された ６．死亡 ７．その他 （　　）							
受給資格喪失年月日	年　　月　　日							
医　療　証	受給者番号							
	氏　　名							