

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

みやこ町長 殿

届出人 住所
氏名

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由	1 みやこ町から転出した 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 児童福祉施設により児童福祉施設に収容された 5 死亡した 6 その他（ ）
受給資格喪失年月日	年 月 日
医療証の 受給者番号 及び氏名	受給者番号
	氏 名