

様式第7号(第7条関係)

ひとり親家庭医療費助成金受給資格喪失届

令和 年 月 日

(あて先) 南アルプス市長 様

申請者 住所  
氏名  
電話

印

次のとおり受給資格が喪失したので届け出ます。

受給者番号				
資格喪失事由	1 ひとり親家庭でなくなった 具体的理由: ア 婚姻(事実婚を含む) イ 児童を監護しなくなった ウ 児童が18歳年度末に達した エ その他( ) 2 他市町村へ転出 (転出先 ) 3 ひとり親家庭の親もしくは養育者が死亡した 4 所得要件に該当しなくなった 5 生活保護を受給することになった 6 その他 ( )			
資格喪失事由 発生年月日	年 月 日			
対 象 者	氏 名	性 別	続 柄	生 年 月 日
		男・女		・
		男・女		・
		男・女		・
		男・女		・
		男・女		・

《注》

- 1 受給資格者証を添えて提出してください。
- 2 資格喪失事由発生年月日以降の保険医療機関等での診療については、医療費の助成を受けられなくなりますので、ご注意下さい。
- 3 記名押印に代えて署名することができます。