

ひとり親家庭医療費受給資格喪失届 チェックリスト

(書類名)	(対象者)	(チェック)
ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届	全員	☐
ひとり親家庭等医療費受給者証	所持する方のみ(※)	☐

(※)既に自身で破棄された場合は、その旨を喪失届に記載してください。

上記の書類を提出し、申請します。

申請者氏名 _____

重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

留萌市長 様

届出者 住 所
氏 名
受給者との続柄
電話番号（ ）

下記の理由により重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給資格が喪失しましたので届け出ます。

記

届 出 内 容	受給者	氏 名						受給者証番	号			
		住 所										
	資格喪失理由	1 他 の 市 町 村 へ 転 出 イ 転 出（予定年月日） 年 月 日 ロ 転 出 先 住 所 2 生 活 保 護 の 受 給 開 始 3 死 亡 4 受 給 資 格 の 期 間 満 了（年齢到達） 5 そ の 他 発生年月日 年 月 日										
＊ 処 理 欄	課長		係長		係		合議		処理年月日	年 月 日		
	上記届出により次のとおり処理する。											
	変更年月日	回収 ・ 訂正 未回収（後日回収・破棄依頼）					回収・訂正 年 月 日		年 月 日			

（注）届出者は＊欄は記入しないでください。