

第7号様式(第13条関係)

韮崎市ひとり親家庭医療費受給資格喪失届

年 月 日

韮崎市長 殿

申請者 住所  
氏名 印  
電話

次のとおり受給資格が喪失したので届出ます。

|                     |  |     |     |     |         |
|---------------------|--|-----|-----|-----|---------|
| 受給者証番号              |  |     |     |     |         |
| 資格喪失事由              | 1 ひとり親家庭でなくなった<br>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<br>ウ児童が18歳年度末に達した<br>エその他( )<br>2 他市町村へ転出 (転出先 )<br>3 ひとり親家庭の親もしくは養育者が死亡した<br>4 所得要件に該当しなくなった<br>5 生活保護を受給することになった<br>6 その他 ( ) |     |     |     |         |
| 資格喪失事由<br>発 生 年 月 日 | 年 月 日  |     |     |     |         |
| 対<br>象<br>者         | 枝番号  | 氏 名 | 性 別 | 続 柄 | 生 年 月 日 |
|                     | 1  |     | 男・女 |     | ・ ・     |
|                     | 2  |     | 男・女 |     | ・ ・     |
|                     | 3  |     | 男・女 |     | ・ ・     |
|                     | 4  |     | 男・女 |     | ・ ・     |
|                     | 5  |     | 男・女 |     | ・ ・     |

《注》

- 1 受給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。