

様式第15号(第10条関係)

| | |
|-------------------|--|
| ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届 | |
| 年 月 日 | |
| 新見市長 様 | |
| 届出人 住所 氏 名 | |
| 受給資格証者氏名 | |
| 受給者番号 | |
| 資格喪失理由 | <ul style="list-style-type: none"> 1 他市町村へ転出 2 ひとり親家庭等でなくなった 3 死亡 4 被保険者等資格の喪失 5 対象児童が高等学校等に在学しなくなった 6 その他 |
| 資格喪失年月日 | 年 月 日 |

(注)1 この届は、受給資格者の資格がなくなったときに受給資格証を添えて提出してください。

2 押印に代えて署名することができます。