

様式第7（第11条関係）

母子家庭等医療費受給資格喪失届				
		年 月 日		
新城市長		住所 届出者 氏名 印		
下記の理由により、受給資格を喪失しましたので受給者証を添えて届けます。				
記				
受 給 者	住所			
	区分	受給者番号	フリガナ 氏 名	生 年 月 日
	母・父			年 月 日
	児			年 月 日
				年 月 日
童			年 月 日	
喪失理由	1 死 亡 (年 月 日) 2 転 出 (年 月 日) 転 出 先 市町村へ 3 生活保護開始 (年 月 日) 4 年 齢 超 過 (年 月 日) 5 婚 姻 (年 月 日) 6 所得制限超過 7 他の医療へ移行 (年 月 日) 8 そ の 他 (年 月 日)			
※ 資格喪失 年 月 日	年 月 日			
備考				

※印の欄は、記入しないでください。