

様式第12号(第14条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

(宛先) 三条市教育委員会

届出者 住所
氏名 (印)
(受給者との続柄)

次のとおり受給資格を喪失したので受給者証を添えて届け出ます。

受給者番号	受給者氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住所	三条市		
1 資格喪失事由				
(1) 他の市町村に転出したため (転出先)				
(2) ひとり親家庭でなくなったため (具体的理由)				
(3) ひとり親家庭の父若しくは母又は養育者が死亡したため (氏名)				
(4) その他 (具体的理由)				
2 資格喪失事由発生年月日				
年 月 日				

- (注) 1 資格喪失事由の該当する番号を○で囲んでください。
2 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。