

子ども
ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届
重度心身障害者(児)

平成 年 月 日

坂井市長 殿

届出者(受給者) 住所 _____
 氏名 _____ 印
 Tel () - _____
 (対象者との続柄)

下記のとおり資格喪失をしたので、受給者証を添えて届けます。

資格喪失事由		1 対象者が坂井市から転出した。 2 受給者が生活保護を受けるようになった。 3 対象者が死亡した。 4 対象者が20歳に到達した。 5 対象者が受給者に監護されなくなった。 6 対象者が受給者の配偶者と生計を同じくするようになった。 (事実婚を含む) 7 障害の程度が該当しなくなった。 8 その他 ()	
資格喪失年月日		平成 年 月 日	
受給者証 記載事項	対象者 氏名		

※受給者が死亡した場合 添付書類：振込口座の分かるもの(通帳等)

振込 口座	銀行 信金 農協 労金	本店 支店 支所 営業部	普通口座 口座番号 (右詰め)						
	(コード:)	(コード:)	口座名義 (カタカナ)						

処理
確認