

令和 年 月 日

福井市長 あて

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費等を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。

ひとり親家庭等医療費等受給資格、対象者資格喪失届

申請者 氏名 _____ 生年月日 S・H _____ 年 月 日 性別(男・女)
 (受給者) 住所 _____ 電話 _____

資格喪失者氏名	対象者番号	喪失理由(下記参照)	喪失年月日
			令和 年 月 日

備考 (転出日や転出先、婚姻日や婚姻相手、新しい住所などを記入してください。)

* この届は受給者証を添えて提出してください。

喪失 受給者等関係	理由 児童関係
(1) 児童が20歳に達した。 (2) 他市町村に転出 (3) 受給者・児童死亡 (4) 生活保護開始 (5) ひとり親家庭でなくなった。 (具体的理由) ア 婚姻(事実婚を含む) イ 配偶者出所 ウ 児童を監護・養育しなくなった エ その他 (6) 後期高齢者医療の給付を受けるようになった。 (7) 重度障害者(児)医療費等受給者になった。 (8) その他(備考欄に具体的理由を記入)	(1) 20歳に達した。 (2) 他市町村に転出 (3) 受給者・児童死亡 (4) 生活保護開始 (5) 児童福祉施設等入所(入所先) (6) 里親又は保護受託者に委託(委託先) (7) 父母のない児童(養育者家庭)でなくなった。 (具体的理由) ア 養子縁組 イ 父母出所 ウ その他 (8) 重度障害者(児)医療費等受給者になった。 (9) その他(備考欄に具体的理由を記入)

婚姻の場合、銀行口座名義の変更の確認	1日から喪失までの医療機関受診の有無
--------------------	--------------------

回収 紛失 破棄依頼
有効期限押印
その他()

受付		最終 確認	
----	--	----------	--