様式第7号（第7条関係）

ひとり親家庭医療費助成金受給資格喪失届

　　年　　　月　　　日

身延町長　　　　　　　　　様

（保護者）　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

電　話

次のとおり受給資格が喪失したので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 資格喪失事由 | 1　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）　イ児童を監護しなくなった　　　　　　　　ウその他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）2　他市町村へ転出　（転出先　　　　　　　　　　　）3　ひとり親家庭の親もしくは養育者が死亡した4　所得要件に該当しなくなった5　生活保護を受給することになった6　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 資格喪失事由発生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 対象者氏名及び生年月日 |  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |

※　受給資格者証を添付してください。