様式第9号（第8条関係）

第　　　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

身延町長

ひとり親家庭医療費助成金受給資格喪失通知書

　下記のとおり、受給資格が喪失しましたので通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 資格喪失者氏名 |  |
| 対象者氏名 |  |
| 資格喪失年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 資格喪失事由 |  |

＜注意＞

　1　身延町ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証は、資格喪失年月日以降は使えなくなっています。返却済でない方は速やかにお返しください。郵送等でも結構です。

　2　資格喪失年月日以降の保険医療機関等での診療について、医療費の助成を受けた場合は、助成を受けた額をお返しいただくことになりますのでご注意ください。