

様式第5号（第7条関係）

母子・父子家庭医療費受給資格喪失届

受給者証番号	第 号	
受給者氏名	男・女	
生年月日	昭和・平成	年 月 日

下記の事由により、母子・父子家庭医療費受給資格を喪失したので受給者証を添えて届出いたします。

事由発生年月日 令和 年 月 日

喪失事由

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1 転出 | 6 監護する児童がいなくなった |
| 2 死亡 | 7 辞退 |
| 3 生活保護法による保護又は中國残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付の受給 | 8 その他
() |
| 4 婚姻 | |
| 5 事実婚 | |

令和 年 月 日

（あて先） 大崎市長

届出者 住所 大崎市

氏名

（電話 ）