別記第7号様式（第5条関係）

決裁	課長	副課長	班長/主幹	主任	主査/主事	登録	年　月　日	受付印
						決定	年　月　日	
						回収	年　月　日	
						証処理	年　月　日	
※ 備　考								

ひとり親家庭医療費受給資格者喪失届出書

◎ 喪失事由　：　☐ 死亡　☐ 転出　☐ 生保開始　☐ 年齢到達　☐ 再婚
☐ その他（　　）

◎ 異動年月日　：　年　月　日

受給資格者 証番号	フリガナ 氏　名	性別	生　年　月　日 個　人　番　号
		男・女	年　月　日 －　－
		男・女	年　月　日 －　－
		男・女	年　月　日 －　－
		男・女	年　月　日 －　－
		男・女	年　月　日 －　－
住　所			
転出先住所			

上富田町長　様

上記のとおり喪失しましたので届出します。

年　月　日

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　－　－