

ひとり親家庭等医療費受給者資格喪失届

年 月 日

府 中 市 長 様

住 所 府中市
(居住地)
氏 名
電話番号

次のとおり届け出ます。

(ふりがな) 受給者氏名	-----	男 ・ 女	個人番号 生年月日 年 月 日
(ふりがな) 受給者氏名	-----	男 ・ 女	個人番号 生年月日 年 月 日
(ふりがな) 受給者氏名	-----	男 ・ 女	個人番号 生年月日 年 月 日
受給者番号			
住 所 (居住地)	府中市		
転 出 先			
事 由	☐ 転出 ☐ 死亡 ☐ 他制度受給 () ☐ その他 ()	事由発生年月日 (. .)	
※ 以下は記入しないでください ☐ 入力日 (. .) ☐ 送付日 (. .)			