

# ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

筑前町長 殿

届出人 住所  
氏名

次のとおり受給資格を喪失しましたので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由	1. 筑前町から転出した 2. 生活保護を受けた 3. 母子家庭（父子家庭）でなくなった 4. 児童福祉法により児童福祉施設に 収容された 5. 死亡した 6. その他（ ）
受給資格喪失年月日	年 月 日
医療証の 受給者番号 及び氏名	受給者番号 氏名