

ひとり親家庭等医療費助成金受給資格喪失届

年 月 日

伊豆の国市長 あて

住所
受給者
氏名

次のとおり、ひとり親家庭等医療費助成金受給資格を喪失したの
で届けます。

受給者氏名	
受給者番号	
資格喪失の理由	
資格喪失年月日	年 月 日

（注）受給者証を添付すること。