

入力	確認

福祉医療費受給資格喪失届

【ひとり親家庭】

年 月 日

岩 国 市 長 殿

住所 岩国市

申請者

氏名

資格喪失する受給者		氏 名	生 年 月 日	受給者記号番号
	母・父		年 月 日	
	子		年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

喪失年月日及び理由	発生年月日	年 月 日
	理 由	1. 転 出 (転出先) 2. 婚 姻 3. 死 亡 4. 有効期間満了 5. そ の 他 () その他の場合は理由を具体的に記入してください。

備考	<input type="checkbox"/> 受給者証 回収済 <input type="checkbox"/> 受給者証 未回収 <input type="checkbox"/> 受給者証 不明
----	--

[注意] この届書には、受給者証を付けてください。