別記第９号様式（第 11 条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

中間市長　様

届出者　住　　所

電話番号

氏　　名

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届け出ます。

受給資格喪失の事由	1. 中間市から転出した。 2. 生活保護を受けることとなった。 3. 母子（父子）家庭でなくなった。 4. 児童福祉施設に収容された。 5. 死亡した。 6. 受給資格喪失年齢に達した。 7. その他（　　）	
受給資格喪失年月日	年　　月　　日	
受給者について	受給者氏名	受給者番号
	生年月日　　年　　月　　日	
	生年月日　　年　　月　　日	
	生年月日　　年　　月　　日	
	生年月日　　年　　月　　日	
	生年月日　　年　　月　　日	
医療証回収	年　　月　　日　□未回収　有効期限　　年　　月　　日	

資格認定済証明発行状況	□発行（　年　月　日）　　□郵送（　年　月　日）
システム入力状況	□入力　□起案　□その他