

第9号様式（第7条関係）

資 格 喪 失 届

年 月 日

御杖村長 殿

届出者 住 所

氏 名 _____

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費を受ける資格がなくなりましたので、届けます。

記

受給資格証		受給者番号			
受給者	氏名			住所	
資格喪失理由					
資格喪失理由発生年月日					

(注) この届出の際に、受給資格証を返還してください。