

様式第5号（第7条の3第2項）

ひとり親家庭等医療費等受給資格喪失届

令和 年 月 日

八街市長 様

申請者 住 所
氏 名 ④

八街市ひとり親家庭等医療費等の助成を受ける資格がなくなったので届け出ます。

記

受給資格がなくなった理由

理由が発生した日 年 月 日