（　　－　　－　　）

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

広川町長　宛

届出人　　住所　　広川町大字

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ます。

<table>
<tr><td colspan="2">受給資格喪失の事由</td><td>1　広川町から転出した
2　生活保護を受けた
3　母子家庭（父子家庭）でなくなった
4　児童福祉法により児童福祉施設に収容された
5　死亡した
6　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">受給資格喪失年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療証の受給者番号及び氏名</td><td>受給者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名
（生年月日）</td><td>（　　）</td></tr>
</table>

医療証回収日：　　年　　月　　日
有効期限：　　年　　月　　日記載済
（特記事項／　　）