様式第２号（第 14 条関係）

太子町ひとり親家庭医療費受給資格変更・喪失届

年　　月　　日

太子町長　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

次のとおり（変更・喪失）しましたのでお届けします。

届出事由			変更後	変更前
変更事由	居住地			
	氏名	父母又は養育者（受給者番号）		
		児童（受給者番号）		
	加入医療保険	保険者の名称		
		保険者の住所		
		記号番号		
		附加給付	有・無	有・無
		被保険者の氏名		
		被保険者の住所		
	その他			
	変更該当年月日		年　月　日	
喪失事由	１死亡　２転出　３医療保険脱退　４生活保護の開始　５年齢到達 ６他公費移行　７婚姻　８所得制限　９その他（　　）			
	喪失該当年月日		年　月　日	

町処理欄		証回収		受付	
		処理者			