

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

市外転出の場合

(宛先) 京 都 市 長	令和4 年 10 月 1 日
届出者の住所 京都市 △△ 区 ××町1-1 (電話) 222 - ×××× (携帯) 080 - △△△△ - ○○○○	届出者の氏名 京都 育子 扶養者との続柄 本人)

京都市ひとり親家庭等医療費支給条例施行規則第14条の規定により次のとおり届け出ます。

受給者 ※受給資格を喪失する受給者	扶養者 (母、父又は 児童の扶養 者)	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者と同じ 電話 -								
		氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者と同じ	受給者番号	8	7	6	5	4	3	2
	児童①	氏名	京都 太郎	受給者番号	8	7	6	5	4	4	0
	児童②	氏名		受給者番号							
	児童③	氏名		受給者番号							
	児童④	氏名		受給者番号							
受給資格喪失の内容			<input type="checkbox"/> 婚姻した(事実上の婚姻関係を含む) <input type="checkbox"/> 生活保護を受給した <input type="checkbox"/> 京都市重度心身障害者医療費支給条例の規定による 医療費の支給を受けることとなった <input type="checkbox"/> 亡くなった <input type="checkbox"/> 所得制限を超過した(受給者・その他) <input checked="" type="checkbox"/> 市外に転出した、または転出予定 <input type="checkbox"/> 医療保険の資格を喪失した <input type="checkbox"/> その他 ()								
喪失年月日			令和4 年 10 月 1 日								

注 該当する口には、レ印を記入してください。

※本市使用欄	課長	係長	係員
上記の申請に基づき裏面のとおりに決定する。 令和 年 月 日			