

(記入例) 赤線の太枠の中の必要な部分だけ記入してください。

様式第10号(第11条関係)

子ども  
重度障害者 医療費受給資格喪失届  
ひとり親家庭等

令和2年 5月 1日

新宮町長 様

届出人 住所 **新宮町緑ヶ浜一丁目1番1号**

氏名 **新宮 太郎**

個人番号 **123456789012**

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。

受給資格喪失の事由	1 <b>新宮町から転出した</b>
	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( )
受給資格喪失年月日	<b>令和2年 5月 1日</b>
医療証の受給者番号及び氏名及び個人番号	受給者番号 <b>1122334</b>
	氏名 <b>新宮 次郎</b>
	個人番号 <b>112233445566</b>