第５号様式（第１１条関係）

令和　　年　　月　　日

（あて先）

浜　松　市　長

（住 所）　浜松市　　区

届 出 者

（氏 名）

ひとり親家庭等医療費助成金受給資格喪失届

ひとり親家庭等医療費助成金受給資格を喪失したので、次のとおり届け出ます。

記

受給者証番号	
受 給 者 氏 名	
資格喪失の理由	
資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日

台帳処理	
電算入力	