

様式第7号(第10条関係)

ひとり親家庭医療費受給者証返還届

年 月 日

福 島 市 長

住 所

届出者
氏 名

生年月日 年 月 日

電 話 ()

ひとり親家庭医療費受給者資格を喪失したので、受給者証を添えて届け出ます。

受 給 者 証 番 号	
喪 失 事 由	
喪 失 年 月 日	年 月 日