

年 月 日

(宛先)野田市長

住 所
申請者
氏 名

野田市ひとり親家庭等医療費助成金受給資格辞退(喪失)届出書

私は、下記の理由により野田市ひとり親家庭等医療費助成資格の辞退(喪失)を届けます。

記

1 理由

2 辞退(喪失)年月日

3 辞退(喪失)者氏名

- (1) 医療費助成金受給資格者全員
- (2) 医療費助成金受給資格者のうち 氏 名

4 受給資格者証の有無

有
無