

福祉医療費助成の特例給付に係る申立書

年 月 日

宇部市長 様

(申立人)

住所 _____

氏名 _____ ⑩

私は下記のとおり、現在無職・無収入で、今後概ね1年間は就労の予定がないことを申し立てます。

なお、この申し立てに事実と相違した内容があった場合は、福祉医療費助成の受給資格を遡って取り消し、給付を受けた医療費を全額返還することに同意します。

記

退職した事業所	名称	
	所在地	
	電話番号	
退職日	年 月 日	
退職理由	※該当するものに○をつけてください。 1. 婚姻 2. 出産 3. 病気 4. その他 ()	

【特例給付とは】

出産、病気等により父母のうち一方が離職し、当分の間就労できなくなった場合に、もう一方の市民税所得割額のみで受給資格の判定を行うものです。

※雇用保険の給付を受けている場合は対象外となります。