

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

浜中町長 様

届出者 住 所
(保護者) 氏 名
電 話

下記の理由により子ども医療費受給資格が喪失しましたので届出します。

記

子 ど も	受給者番号			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
資 格 喪 失 の 理 由	1 他の市町村へ転出 2 生活保護の受給開始 3 死亡 4 その他 ()			発生年月日 年 月 日

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

※ 決 定 欄	町長		副町長		課長		係長		係		決定年月日	年 月 日
	上記届出により次のとおり資格喪失の決定をする。											
	喪失年月日	年 月 日	台帳整理	未・済	受給者証回収	未・済						