

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

留 萌 市 長 様

届出者 住 所
氏 名
受給者との続柄
電話番号 ()

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お届けします。

記

届 出 内 容	受給者	氏名						受給者証 番 号		
		住所								
	資格喪失理由	1. 他の市町村へ転出 イ 転出 (予定年月日) 年 月 日 ロ 転出先住所 2. 生活保護の受給開始 3. 死亡 4. 受給資格の期間満了 (年齢到達) 5. その他								
	発生年月日		年 月 日							
* 処 理 欄	課 長	係 長	係	係	合 議	処 理 日		年 月 日		
	上記届出により次のとおり処理する。									
	受給者証	回収 ・ 訂正 未回収 (後日回収 ・ 破棄依頼)				回収 ・ 訂正 年 月 日		年 月 日		

(注) 届出者は*欄は記入しないでください。