

子ども医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日
恵庭市長様

申請者住所 恵庭市

(保護者)氏名

(続柄:)

電話番号

下記の理由により、受給者としての資格を喪失しましたので、届出します。

記

受給者	氏名		受給者番号	
	生年月日	平・令 . . /平・令 . . /平・令 . .		
	住所	恵庭市		
資格喪失の理由	1. 他の市町村へ転出 2. 重度心身障害者 ・ ひとり親家庭等医療費助成受給開始 3. 生活保護の受給開始 4. 死亡 5. その他 () 発生年月日 令和 年 月 日			

※	上記の届出により、受給者資格の喪失を決定する。					
決定欄	課長	主査	担当	入力	決定年月日	令和 年 月 日
					証回収 <input type="checkbox"/>	

注 ※欄は、記入しないでください。