

# こども 福祉医療費受給資格 喪失届

<受給資格が喪失となる方> (お子さん)

No.	氏名	受給者番号	生年月日	個人番号
1	カナ .....		年 月 日	
2	カナ .....		年 月 日	
3	カナ .....		年 月 日	

住所	(建物名等)
----	--------

<受給資格が喪失となる理由>

いずれかに○	1. 死亡 2. 転出 3. 生活保護の受給開始 4. 所得制限 5. 他法の適用 ( ) 6. 施設入所 7. その他 ( )
資格喪失 年月日	令和 年 月 日

<届出者> (保護者)

諫早市長 様 (届出日) 年 月 日	
上記の理由により、子ども医療費受給資格を喪失しましたので届出します。	
フリガナ	生年月日 年 月 日
氏名	個人番号
	電話番号 — —
住所	続柄 受給者から見て
(建物名等)	

諫早市使用欄

添付	備考
<input type="checkbox"/> 受給者証	発生年月日 ( . . ) 資格喪失年月日 ( . . ) 転出予定日 ( . . ) 受給者証 (回収・期限訂正・無)

