

記入例

子ども 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)

| | 氏名 | 受給者番号 | 生年月日 | 個人番号 |
|---|---------------------------------|---------|-------------|------|
| 1 | カナ イサハヤ イチロウ 諫早 一郎 | 1234567 | 平成 △年 △月 △日 | |
| 2 | カナ イサハヤ ジロウ 諫早 二郎 | | □年 □月 □日 | |
| 3 | カナ | | | |

対象者の氏名・受給者番号・生年月日・住所を記入してください

| | |
|--------------|--------------------|
| 住所 (建物名等) | 諫早市東小路町7番1号 |
|--------------|--------------------|

喪失理由・喪失年月日を記入してください

<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 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) 令和 ○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 イサハヤ タロウ | 生年月日 平成 △年 △月 △日 |
| 氏名 署名 | 個人番号 |
| | 電話番号 0957 - 22 - 1500 |
| 住所 (建物名等) | <input checked="" type="checkbox"/> 受給資格が喪失となる方と同じ (記入不要) 続柄 受給者から見て 父 |

申請者(保護者)の氏名・生年月日・住所・電話番号・続柄・申請日を記入してください
 ※申請者氏名は自署してください

諫早市使用欄

| | |
|-------------------------------|----|
| 添付 | 備考 |
| <input type="checkbox"/> 受給者証 | 発行 |

喪失の場合、諫早市の福祉医療費受給者証の有効期間は、**転出予定日の前日まで**となります。
 転出日以降は利用できませんので(医療機関窓口での現物給付含む)、市へ返却していただくか、確実に処分してください。