

# 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)

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													
氏名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">署名</td> <td style="width: 45%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">生年月日</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">氏名</td> <td style="width: 45%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">個人番号</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">                               </td> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">住所</td> <td style="width: 45%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">電話番号</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">- -</td> </tr> </table>	署名		生年月日	年 月 日	氏名		個人番号		住所		電話番号	- -
署名		生年月日	年 月 日										
氏名		個人番号											
住所		電話番号	- -										
住所	<input type="checkbox"/> 受給資格が喪失となる方と同じ (記入不要)												
住所	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">住所</td> <td style="width: 45%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">続柄</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">受給者から見て</td> </tr> </table>	住所		続柄	受給者から見て								
住所		続柄	受給者から見て										

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)

