

# 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 <b>諫早 一郎</b>	1234567	平成 △年 △月 △日	
2	カナ イサハヤ ジロウ <b>諫早 二郎</b>		□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)	<b>諫早市東小路町7番1号</b>
--------------	--------------------

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
署名 氏名	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。