

子ども医療費助成金受給資格喪失届

中央市長 様

届 出 日		令和 年 月 日					
届出者 (保護者)	フリガナ						
	氏 名	Ⓜ					
	住 所	中央市 電話 — —					
子 ども	フリガナ				生年	平成	
	氏 名				月日	令和	年 月 日
受給資格者 番 号							
資格喪失の 理 由	<p>※該当する番号に○を付けて下さい。</p> <p>1 他市町村へ転出</p> <p>2 死亡</p> <p>3 被保険者等資格の喪失</p> <p>4 生活保護の受給開始</p> <p>5 他制度への移行</p> <p>6 その他( )</p>						
喪失年月日	平成・令和 年 月 日						