様式第6号（第11条関係）

子ども医療費助成金受給資格喪失届

中央市長　様

次のとおり子ども医療費助成金受給資格者証の喪失を届け出ます。

<table>
<tr><td colspan="2">届　出　日</td><td colspan="3">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">届出者（保護者）</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">昭和
平成　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電話</td><td colspan="3">－　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="6">子ども</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">平成
令和　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">平成
令和　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">平成
令和　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">資格喪失の理由</td><td colspan="3">1　他市町村への転出
2　死亡
3　被保険者等資格の喪失
4　生活保護の受給開始
5　他制度への移行
6　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">喪失年月日</td><td colspan="3">令和　　年　　月　　日</td></tr>
</table>