

子ども医療費助成金受給資格喪失届

令和 年 月 日

倶 知 安 町 長 様

保護者 住 所

氏 名

電話番号

下記の理由により子ども医療費受給資格が喪失したので届け出ます。

記

届出内容	対象子ども	氏 名					受給者番号			
		住 所								
	資格喪失の理由	1. 他の市(区)町村へ転出 2. 生活保護の受給開始 3. 死亡 4. 15歳到達日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日 5. その他								
		発生年月日	令和 年 月 日							
※決定欄	課長		室長		係長		係		決定年月日	令和 年 月 日
	上記の届出により次のとおり喪失の決定をする。									
	資格喪失日		令和 年 月 日							
	☐ 受給者証回収 令和 年 月 日 ☐ 電算 ☐ 払出									

(注)申請者は、※印欄は記入しないでください。