

こども医療費受給資格喪失届

年 月 日

廿日市市長 様

届出者 住所 廿日市市

氏名

次のとおり資格喪失したので、受給者証を添えて届け出ます。

資格喪失事由	1 廿日市市から転出した。 転出先住所 ()		
	2 重度心身障害者（身体、精神）医療費の受給者となった。		
	3 生活保護開始		
	4 その他 ()		
資格喪失年月日	年 月 日		
受給者証番号 氏名 生年月日	番号	氏名	生年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。