

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

内子町長 様

申請者 氏名

次のとおり子ども医療費受給資格がなくなりましたので、届け出ます。

助 成 対 象 者	ふりがな		性別	男・女	子 ども と の 続 柄				
	氏 名								
	住 所	内子町 番地 電話()							
子 ども	ふりがな		性別	男・女	生 年 月 日	年 月 日			
	氏 名								
	住 所								
受給資格がなくな った 理 由		1. 子どもが他の市町村（特別区を含む。）に転出した。 2. 生活保護を受けることになった。 3. 受給資格者が子どもを監護しなくなった。 4. 死亡 5. その他 ()							

※(1)住所は、番地まで正しく記入してください。

(2)子どもとの続柄は、「実父」「祖母」「養父」「未成年後見人」等具体的に記入してください。