

※ 太枠内を記入してください。

## 乳幼児等医療費受給者資格喪失届

令和 年 月 日

海田町長様

届出者 住所 海田町  
氏名 印

次のとおり資格喪失したので、受給者証を添えて届けます。

資格喪失事由	1 転出のため。(転出先 ) 2 生活保護を受けた。 3 児童福祉法により児童福祉施設に収容された。又は、 里親に養育されることになった。 4 他公費の対象となった。(ひとり親家庭等医療・重度障害者医療) 5 その他 ( )
資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日
受給者証番号	
乳幼児氏名	
乳幼児生年月日	平成・令和 年 月 日

※ 以下は記入しないでください。

職員 記入欄	受付年月日	令和 年 月 日	処理年月日	令和 年 月 日
	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		