※ 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

年 月 日

海 田 町 長 様

届出者 住 所 海田町
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	年 月 日		
受 給 者 証 番 号			
対 象 児 童 氏 名			
乳 幼 児 生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	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	年 月 日	処 理 年 月 日	年 月 日
	有 効 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		