様式第６号（第７条関係）

子ども医療費受給資格喪失届

　　　　令和　　　年　　月　　日

　あわら市長　様

届出者　住　　所

(保護者)　氏　　名

電話番号

　　次のとおり資格を喪失したので、受給者証を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格喪失事項 | １　対象児があわら市から転出した。  ２　受給者が生活保護を受けるようになった。  ３　対象児が死亡した。  ４　その他(　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 資格喪失年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 受給者証記載事項 | 受給者証番号 |  | 対象子ども氏名 |  |