

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	