

子育て支援医療費助成金受給資格喪失届

年 月 日

昭和町長殿

申請者 住所
氏名 印
電話

次のとおり受給資格が喪失したので届け出ます。

受給者証番号								
資格喪失事由	1 条例第3条の対象者の要件に該当しなくなった。 2 他市町村へ転出した。(転出先) 3 受給資格者が死亡した 4 その他 ()							
資格喪失事由 発生年月日	年 月 日							
対象者氏名				性別	続柄	生 年 月 日		
				男・女				
				男・女				
				男・女				

担当者記入欄

回収 日	・	回収 方法	1 郵送 2 窓口	担当 者印	
---------	---	----------	--------------	----------	--