

子ども医療費受給者資格喪失届

令和 年 月 日

幌延町長様

届出者住所 幌延町

氏名

印

幌延町子ども医療費の助成に関する条例施行規則第10条の規定により資格を喪失することとなったため届け出ます。

受給者氏名	生年月日	備考
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
事由	1 他の市町村に転出することになったため（令和 年 月 日） 2 医療保険各法の被保険者又は被扶養者でなくなったため 3 受給者が死亡したため 4 その他	