

様式第6号(第11条関係)

すこやか子ども医療費助成金受給資格喪失届

年 月 日	
山中湖村長 殿	
届出人住所 山中湖村 氏名 _____ ⑩ (自署の場合押印省略可) 電話 ()	
受給者番号	
フリガナ 受給者証子ども氏名	
生 年 月 日	年 月 日
喪失の理由	1 他市町村へ転出 2 死亡 3 被保険者等資格の喪失 4 生活保護の受給開始 5 他制度への移行 6 その他 ()
喪失年月日	年 月 日

※ 受給資格喪失届には、受給資格証を添付すること。