

様式第6号(第11条関係)

山中湖村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 _____ ㊟ (自署の場合、押印省略可)				
電話番号 ()				
受給者番号	フリガナ		生年 月 日	年 月 日
	子 ども 氏 名			
受給者番号	フリガナ		生年 月 日	年 月 日
	子 ども 氏 名			
受給者番号	フリガナ		生年 月 日	年 月 日
	子 ども 氏 名			
喪 失 年 月 日		年 月 日		
喪 失 の 理 由		1 他市(区)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 ()		

※ 受給資格者証を添付すること。