

別記様式第8号（第7条関係）

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

江差町長 様

申請者 住 所
氏 名
受給者との続柄
電話番号

下記の理由により子ども医療費受給資格が喪失しましたのでお届けします。

記

届 出 内 容	受給者	氏名					受給者番			
		住所								
	資格喪失の理由	1 他の市町村へ転出 2 生活保護の受給開始 3 死亡 4 その他 ()								
	発生年月日	年 月 日								
※ 決 定 欄	課長		主幹		係長		係		決 定 年月日	年 月 日
	上記届出により次のとおり資格喪失の決定をする。									
	資格喪失 年月日	年 月 日		台 帳 整 理	未・済	払 出 簿 整 理	未・済	受給者 証回収	未・済	

(注) 届出者は※欄は記入しないでください。