

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 号			
		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。