様式第５号の２（第９条関係）

子ども医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

伊方町長　様

申請者（保護者）氏名

　　次のとおり子ども医療費受給資格がなくなりましたので、届出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者 | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | 連絡先 |  |
| (日中連絡可能な番号) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども | ふりがな |  | 生年月日 | 受給者番号 |
| 氏名 |  | 年　月　日 |  |
| 子ども | ふりがな |  | 生年月日 | 受給者番号 |
| 氏名 |  | 年　月　日 |  |
| 子ども | ふりがな |  | 生年月日 | 受給者番号 |
| 氏名 |  | 年　月　日 |  |
| 受給資格がなくなった理由 | 1. 子どもが他の市町村（特別区を含む）に転出した
2. 子どもが他制度の医療費助成を受けることとなった
3. 受給資格者が生活保護を受けることになった
4. 受給資格者が子どもを監護しなくなった
5. 受給資格者が子どもの生計を維持しなくなった
6. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 資　格　喪　失年　　月　　日 | 年　　　月　　　日 |

　　（注）この届出には、子ども医療費受給資格証を添付してください。