

### 子ども医療費受給資格喪失届

福井市長 あて

平成 年 月 日

受給者 住 所 \_\_\_\_\_  
(保護者)  
ふりがな \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり、子ども医療費助成を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。

子 ど も	ふりがな 氏 名	生年月日	対象者番号	喪失年月日
			平成 年 月 日	3

喪失理由（あてはまるものを○で囲んでください）	
受給者関係	子ども関係
(1) 子どもを監護又はその生計の維持をしなくなった。 (2) 医療保険資格・被保険者等資格の喪失 (3) その他(具体的理由)	(1) 15歳に達した日の属する年度が終了した。 (2) 市外に転出 (3) 対象者死亡 (4) 生活保護開始 (5) 医療保険資格喪失 (6) 児童福祉施設等入所(入所先) (7) 母子家庭等医療費等助成対象者になった。 (8) 重度障害者(児)医療費等助成対象者になった。 (9) その他(具体的理由)

備考（転出先等） \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

本人 確認	運転免許証・保険証・在留カード・ ( )	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破棄依頼	受付	最終 確認	
		<input type="checkbox"/> 有効期限押印			
		<input type="checkbox"/> その他( )			

