

子ども医療費受給資格喪失届

福井市長 あて

令和 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
			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()			