

様式第6号(第11条関係)

子育て支援医療費助成金受給資格喪失届

年 月 日

身延町長 様

(保護者) 住 所

氏 名

㊞

電 話

小児氏名及び 生 年 月 日		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
喪失の理由に○を付けてください		
1 他市町村へ転出		
2 死亡		
3 被保険者等資格の喪失		
4 その他 ()		
喪失年月日	年 月 日	

※ 受給資格者証を添付してください。