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。