

様式第7号（第7条関係）

乳幼児等医療費受給資格喪失届

年 月 日

広野町長 様

届出者 住 所

氏 名

印

（電話番号

—

）

下記のとおり喪失事由が生じたので、届け出ます。

乳 幼 児 等	氏名				
	生年月日		受給者番号		
	資 格 喪 失 の 理 由	<input type="checkbox"/> 転 出	年 月 日 (転出先自治体名)		
		<input type="checkbox"/> 国保加入	年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 死 亡	年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 生活保護受給 (※)	年 月 日		
<input type="checkbox"/> そ の 他		年 月 日 (理由)			

※生活保護受給による喪失の場合は、生活保護受給証明書を添付してください。