

子 ども 医 療 費 受 給 資 格 喪 失 届

年 月 日

大野城市長 宛

届 出 人 住 所

氏 名

電 話

下記の理由により、受給資格を喪失しましたので届け出ます。

受給資格喪失の事由		1. 転出予定 () 2. 生活保護受給 3. 死亡 4. その他 ()							
受給資格喪失年月日		年 月 日							
医療証	受給者番号								
	氏 名								