様式第４号の２

子どもの医療費受給資格喪失届出書

　　年　　月　　日

苫　　前　　町　　長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　印

次の理由により、子どもの医療費受給資格を喪失しましたので届出します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者名 |  | 記号・番号 |  |
| 喪失の理由 | 1. 他の市町村に転出することになった。
2. 受給者が死亡した。
3. 受給者が満６才に達する日の属する月の末日を経過した。
4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |

（注）　１　届出人は、喪失理由の該当する番号に○を記入すること。

　　　　２　この届出には、「子どもの医療費受給者証」を添付すること。