

乳幼児・子ども・高校生等医療費助成受給資格喪失届

子　　ど　　も　　氏　　名		生　年　月　日		受　給　者　番　号	
フリガナ		年　　月　　日			
フリガナ		年　　月　　日			
フリガナ		年　　月　　日			
喪失理由	1　転　出	転出先住所			
		電　話　番　号	(　　　　　)		
	2　生活保護受給				
	3　死　　亡				
4　そ　の　他					
喪失年月日		年　　月　　日			
上記のとおり、受給資格が消滅しましたので届出します。					
荒　川　区　長　殿					
年　　月　　日					
住　所　荒川区　　　　　　　　　丁目　　　番　　　　　号					
電話番号　　　　　　　　　(　　　　　)					
保護者等氏名					

* 事務処理欄

日付訂正	有　・　無	証回収	有　・　無	備　考	
------	-------	-----	-------	-----	--