様式第10号（第９条関係）

# 安心子育て医療費受給資格喪失届

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受給者証番号 | 第　　号 | 受給者氏名 | |
| 資格を喪失するにいたった理由 | １　該当要件を満たさなくなった（年齢、障害程度等）<br>２　他市町村に転出<br>３　死亡<br>４　医療保険の被保険者等の資格の喪失<br>５　その他（理由　　） | | |
| 喪失年月日 | 年　　月　　日 | | |

上記のとおり、受給資格を喪失したので、受給者証を添えて届出ます。

年　　月　　日

届出人（受給者等）

住　所

氏　名

雫石町長　　様