

こども医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

東広島市長 様

届出者 住 所
氏 名
電話番号（ ） ー

次のとおりこども医療費の受給資格を喪失したので、受給者証を添えて届け出ます。

受給資格 がなくな った理由	☐ 受給者たる資格を定める期間を経過した。 ☐ 生活保護法の適用を受けることとなった。 ☐ 東広島市から転出し、こどもが市内に住所を有しなくなった。 ☐ こどもが死亡した。 ☐ 受給者がこどもを養育する者でなくなった。 ☐ こどもを監護しなくなった。 ☐ 受給者が生計を維持する者でなくなった。 ☐ 他の福祉医療制度の受給対象者となった。 ☐ 重度心身障害者医療費 ☐ ひとり親家庭等医療費 ☐ その他（ ）					
	上記の理由が生じた日					
受給者証 記載事項	受給者 番 号		氏 名		生年 月 日	平成 令和 年 月 日生
	受給者 番 号		氏 名		生年 月 日	平成 令和 年 月 日生
	受給者 番 号		氏 名		生年 月 日	平成 令和 年 月 日生

注 この届書は、受給者証と一緒に提出してください。