

乳幼児等医療費受給者資格喪失届

令和 年 月 日

東広島市長様

届出者 住所 東広島市

氏名

次のとおり資格喪失したので、受給者証を添えて届け出ます。

資格喪失事由	1 東広島市から転出した。 2 生活保護を受けた。 3 重度障害者医療費の受給対象者となった。 4 児童福祉法により児童福祉施設に収容された。又は里親に養育されることとなった。 5 児童手当の受給者の変更に伴う保護者変更 6 その他 []						
資格喪失年月日	令和 年 月 日						
受給者証 番号 氏名	番号		氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日
	番号		氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日
	番号		氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日

喪失事由発生日 (R . .)

受給者証 回収・訂正 (R . .)