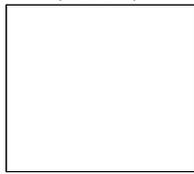


受付印

子ども医療費受給資格喪失届



熊本市長 (宛)

令和 年 月 日

※太わく内をご記入ください。

受給資格者 (養育者)	住所	熊本市 区		
	氏名		TEL	

次のとおり届出します。

①	子の氏名					生年月日
	ひまわりカード 記号・番号	二				H R 年 月 日
②	子の氏名					生年月日
	ひまわりカード 記号・番号	二				H R 年 月 日
③	子の氏名					生年月日
	ひまわりカード 記号・番号	二				H R 年 月 日
④	子の氏名					生年月日
	ひまわりカード 記号・番号	二				H R 年 月 日
喪失事由	1 転出	H R 年 月 日 転出 転出後の連絡先 (TEL)				有 転送届は提出済み【はい・いいえ】 無
	転出日以前に申請された償還申請のうち、助成金のお振込みがまだ済んでいないものはありますか。					
	2 生活保護開始	H R 年 月 日 開始 担当名 ()				
	3 施設入所	H R 年 月 日 入所 施設名 ()				
	4 死亡	H R 年 月 日 死亡				
	5 障がい児移行	H R 年 月 日 移行				
6 その他	H R 年 月 日 事由 ()					

- 1 資格喪失日
- ① H R 年 月 日
 - ② H R 年 月 日
 - ③ H R 年 月 日
 - ④ H R 年 月 日

- 2 受給資格者証
- 回収済
 - 未回収
 - 返送依頼
 - 有効期限記載
 - 処分依頼

主査		係員	
処理欄	<input type="checkbox"/> 児童手当確認済 <input type="checkbox"/> 住基確認済		