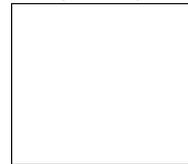


受付印

# 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	H R	年	月	日
	ひまわりカード 記号・番号	ニ					性別
②	子の氏名		生年月日	H R	年	月	日
	ひまわりカード 記号・番号	ニ					性別
③	子の氏名		生年月日	H R	年	月	日
	ひまわりカード 記号・番号	ニ					性別
④	子の氏名		生年月日	H R	年	月	日
	ひまわりカード 記号・番号	ニ					性別

喪失事由	1 転出	H R	年	月	日	転出 転出後の連絡先(TEL )	
						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。	
		有	転送届は提出済み【はい・いいえ】				
		無					
	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			