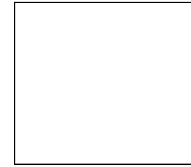


受付印

こ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
		H R		年	月	日	転出後の連絡先（TEL）
		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			