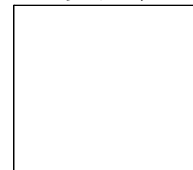


受付印

## 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 )		
		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		係				
査		員				
処 理 欄						
				<input type="checkbox"/> 児童手当確認済		
				<input type="checkbox"/> 住基確認済		