

様式第6号(第11条関係)

鳴沢村子ども医療費助成金受給資格喪失届

年 月 日

鳴沢村長 様

届出人 住 所 鳴沢村
氏 名 ㊟

受給資格者番号							受給者子ども氏名	生 年 月 日
								年 月 日
								年 月 日
								年 月 日
								年 月 日
								年 月 日

喪失の理由に○を付けてください

1 他市町村へ転出

転出先住所
転出先電話番号

2 死亡

3 被保険者等資格の喪失

4 その他理由

喪 失 年 月 日	年 月 日
-----------	-------