

第9号様式(第8条関係)

母子・父子家庭医療費受給資格喪失届				
年 月 日				
清須市長 様				
申請者 住 所				
氏 名 ㊟				
電話番号				
次のとおり母子・父子家庭医療費の受給資格を喪失しました。				
区 分	母 ・ 父	児 童		
受 給 者 証 記号・番号				
氏 名				
個 人 番 号				
喪 失 理 由	1 結 婚 年 月 日			
	2 他市町村に転出			
	転出年月日 年 月 日			
	転 出 先			
	3 死 亡 年 月 日			
喪 失 理 由	4 18歳到達年度末 年 月 日			
	5 その他			
※資格喪失 年月日	年 月 日			

(注) 受給者証を添付してください。
※印の欄は、記入しないでください。