

子ども医療費助成受給資格消滅届

（宛先） 港区長

年 月 日 提出

子ども医療費助成の受給資格の消滅を次のとおり届け出ます。

※記名・押印に代えて、署名することができます。

保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	⑩		
	住 所	港区 丁目		電話

子ども	氏 名	生年月日	受給者番号
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

受給資格がなくなった事由	1	他の区市町村へ転出した。	市町村名 _____
	2	日本国内に住所を有しなくなった。	国名 _____
	3	児童が死亡した。	
	4	生活保護を受給することになった。	
	5	その他（ _____ ）	

変更年月日	年 月 日
-------	-------