様式第９号(第11条関係)

橋本市乳幼児・子ども医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

（あて先）　橋本市長

申請者（保護者）　住　所　橋本市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

対象児との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受給者番号				
資格喪失事由		1　転　出　　2　死　亡　　3　保険資格喪失　　4　他福祉医療開始 5　その他(　　)		
対象児	住　所	橋本市		
	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　名			
喪失年月日		年　　月　　日		
備考欄				