

様式第9号（第7条関係）

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

岡山市長 様

届出人 住 所
(保護者等) 氏 名
電 話 () ー

受給者番号	(フリガナ) 受給資格者 氏名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

資格喪失の理由に○を付けて下さい。

- 1 他市町村へ転出
- 2 死亡
- 3 生活保護適用
- 4 被保険者等資格の喪失
- 5 その他
〔 〕

喪失年月日	年 月 日
-------	-------

※子ども医療費受給資格証を添えて提出してください。

市記入欄	来庁者 確認書類	申請者・申請者以外 () 免許証・保険証・その他 ()
	(代理権)	委任状・資格証・その他 ()