

都留市すこやか子育て医療費助成金受給資格喪失届

保護者氏名				小児等との続柄	
資格喪失小児等	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
資格喪失事由	1 他市町村へ転出 2 婚姻 3 死亡 4 他制度受給 5 その他	1 他市町村へ転出 2 婚姻 3 死亡 4 他制度受給 5 その他	1 他市町村へ転出 2 婚姻 3 死亡 4 他制度受給 5 その他	1 他市町村へ転出 2 婚姻 3 死亡 4 他制度受給 5 その他	1 他市町村へ転出 2 婚姻 3 死亡 4 他制度受給 5 その他
他制度又はその他の内容					
事由発生日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

(注1) 就学等の理由により、小児等のみが他市町村へ転出した場合は、資格喪失とはなりません。

ただし、転出先で小児等が同様の助成を受けられる場合は、この限りではありません。

(注2) 資格喪失事由が「4 他制度受給」、「5 その他」の場合は、その内容を記入してください。

上記のとおり届け出ます。

都 留 市 長 様

年 月 日

届出者 住 所

氏 名

Ⓜ

電 話

※ 記名押印に代えて署名することができます。