

資 格 消 滅 届

令和 年 月 日

（提出先）足 立 区 長

届出者（医療証に記載の保護者）

住 所 _____

氏 名 _____

対象の子どもとの関係 _____

電話番号 ()

下記のとおり届出します。なお、本届出の記載事項について、誤字・脱字などの軽微な訂正・補記を区役所職員が行うことに同意します。

記

- 1 事業名 子ども医療費助成
- 2 子ども氏名
- 3 受給者番号
- 4 子ども住所
- 5 消滅事由 1 足立区からの転出（ 子ども ・ 保護者 ）
2 子どもを監護しなくなったため
3 子どもと生計を同じくしなくなったため
4 住記消除（ 子ども ・ 保護者 ）
5 生保開始（ 子ども ・ 保護者 ）
6 その他（)
- 6 消滅年月日 平成・令和 年 月 日

受付	/
審査	/
入力	/
点検	/