

決定 伺	町長	副町長	課長	課長補佐	係長	主任	係	起案

受付印

## 乳幼児医療費受給資格喪失届

受給者氏名	フリガナ	男・女	受給者証 記号番号	
理 由	1   他の市町村に転出することになった 2   母子(父子)家庭に該当することになった 3   死亡した 4   その他			
	発生年月日	令和	年	月 日

上記の理由により、乳幼児医療費受給資格が喪失しましたので届けます。

令和    年    月    日

保 護 者    住 所    池田町字 \_\_\_\_\_

電 話 番 号    \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

池田町長    安井 美裕 様

処 理 欄	変更年月日	台帳整理	払出簿整理	受給者証	訂正(回収)
	・	未    ・    済	未    ・    済	未    ・    済	年 月 日 令和    年    月    日