

## こども医療費受給者資格喪失(登録辞退)届

(宛先) 狭 山 市 長

こども医療費支給資格の変更受付に伴う、住民基本台帳、国民健康保険登録内容等の調査を市担当課が行なうことに同意します。

世帯	
令和	年 月 日

										受付印	
対象児童	氏 名		生年月日		受給者番号					宛名コード	
	1		平	.	.						
	2		平	.	.						
	3		平	.	.						
受給者 (保護者)	フリガナ									男	宛名コード
	氏 名									女	
	生年月日	昭 平 . .	対象児との続柄		父 ・ 母 ( )						
	住 所	狭山市 TEL ( )									
喪失事由		1 転出    2 生活保護開始    3 死亡    4 その他									
喪失年月日		平成 令和    年    月    日									
転出先住所		1 受給者    2 対象児童 TEL ( )									
<input type="checkbox"/> 受給者証は、後日郵送等により返却します。  ※ 狭山市こども医療費受給者証を、転出日以降などの資格喪失又は登録辞退後に使用した場合は、 <u>受給金額を狭山市に返還していただきます</u> のでご注意ください。											
TEL ( )											
受付	回収	/	不備	受給者証	入力	/					