

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) 氏 名
電 話 () —

受給者番号	受給資格者 <small>(フリガナ)</small> 氏名	生年月日								
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										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 その他 <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>										
※乳幼児医療費受給資格証又は子ども医療費受給資格証を添えて提出してください。										
喪失年月日	年 月 日									

資格証の回収[有 ・ 無] 未回収の場合[紛失 (月 日頃) ・ 後日返却]

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