

様式第6号(第8条関係)

子ども医療費受給資格喪失届			
年 月 日			
敦賀市長 あて			
届出者 (保護者)		住所 氏名 ⑩ (TEL — —)	
次の理由により受給資格を喪失したので、受給資格者証を添えて届け出ます。			
受給者番号			
氏 名		男・女	年 月 日生
住 所			
資格喪失の理由			
資格喪失年 月 日	年 月 日		

入 力	確 認