

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 へ	
住所 届出者 (保護者) 氏名 (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	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