様式第3号（第5条関係）

こどもの医療費受給に関する資格喪失届出書

阿 南 市 長　宛 て

阿南市こどもの医療費の助成に関する条例施行規則第5条の規定により、次のとおり届け出ます。

届 出 年 月 日		年　　月　　日		□ 入力済
申 請 者（受給者）	住　所			
	ふりがな			
	氏　名			
	生年月日	年　　月　　日	※日中に連絡可能な番号を記入してください。 電話（　　）	
代 理 人（窓口にきた方）	住　所	□ 申請者と同じ		
	ふりがな		申請者との続柄（　　）	
	氏　名			
こども	住 所	□ 申請者と同じ　□ 代理人と同じ 阿南市		
	氏 名		受給者番号	生年月日 年　月　日
	氏 名		受給者番号	生年月日 年　月　日
	氏 名		受給者番号	生年月日 年　月　日
理 由	該当するものにレ点を付けて異動（予定）年月日を記入してください。			
	□ 転 出 □ その他（　　）	年　　月　　日		

※市役所・支所・住民センター記入欄

本 人 確 認 欄	□ 運転免許証　□ 個人番号カード □ パスポート　□ その他（　　）	受 付 印
証　回　収	□ 済　□ 未　□ 期限訂正	

（　　）住民センター