

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

こどもの医療費受給者証に記載されている保護者の住所、氏名、生年月日、日中に連絡ができる電話番号を記入してください。

届出年月日			
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 (窓口に来た方)	住所	☐ 申請者と同じ	
	ふりがな	来庁者の氏名を記入(受給者本人の場合は不要)してください。	
	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	者番号	生年月日 年 月 日
	氏名	者番号	生年月日 年 月 日
	氏名	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 ()
証回収	☐ 済 ☐ 未 ☐ 期限訂正

受付印

()住民センター