

第9号様式（第9条関係）

資 格 喪 失 届

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電 話 番 号

子ども医療費の助成を受ける資格がなくなりましたので、次のとおり届け出ます。

受給資格証 受給者番号		
受給者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	個人 番号	
資格喪失 の理由		
資格喪失理由 発生年月日		

備考 この届出の際に、受給資格証を返還してください。