

様式第6号(第7条関係)

<p>子ども医療費受給資格喪失届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>越前町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 越前町</p> <p style="text-align: right;">届出者 氏名 印</p> <p>子ども医療費受給資格について、次の理由により受給資格を喪失したので、受給資格証を添えてお届けします。</p>			
受給者番号			
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
資格喪失の理由			
資格喪失年月日	年 月 日		

(注) 受給資格証を添付してください。