様式第６号(第 11 条関係)

子ども医療費助成金受給資格喪失届

令和　　年　　月　　日

富士河口湖町長あて

届出人　住所
（保護者）
氏名　　㊞
（自署の場合、押印省略可）

電話　（　　－　　－　　）

受給者番号	
受給者子ども氏名	
生年月日	年　　月　　日
資格喪失の理由	1　他市町村へ転出 2　死亡 3　被保険者等資格の喪失 4　生活保護の受給開始 5　他制度への移行 6　その他（　　）
喪失年月日	令和　　年　　月　　日

※喪失届には受給資格証を添付すること。