

別記第8号様式

ニセコ町こども医療費 受給者証再交付申請書
受給資格喪失届

年 月 日

ニセコ町長 様

住所 ニセコ町字
申請者 名前
電話
個人番号下記の理由によりこども医療費 受給者証の再交付を受けたい
受給者資格が喪失しました ので、届け出ます。

受給者証番号		受給資格者氏名(こども)				個 人 番 号											
住 所		ニセコ町字															
申 請 内 容		1 再 交 付						2 資 格 喪 失									
理 由		1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 ()						1 他の市町村へ転出 2 生活保護の受給開始 3 死亡 4 他公費取得 5 その他 ()									
発生年月日								年 月 日									
※ 決 定 欄	課 長		係 長		係		定 期		決 定 年 月 日	年 月 日							
	1 上記内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を再交付する。 2 上記届出により、次のとおり資格喪失の決定をする。 3 次の理由により上記申請を却下する。																
	却 下 理 由																
	異動(喪失)年月日		年 月 日		決 定 年 月 日		年 月 日										

(注) 届出者は※は記入しないでください。