様式第 11 号（第 7 条関係）

子ども医療費受給資格喪失届

助成対象者	氏　　名		生年月日	年　　月　　日
	住　　所			
	資格証記号番号			
資格喪失事由	1　転出 2　死亡 3　生活保護受給 4　措置入所 5　その他（　　）			
資格喪失事由発生年月日	年　　月　　日			

上記のとおり、資格を失ったのでお届けします。

このことにより資格証は返還します。

年　　月　　日

住所

届出人

氏名

（子どもとの続柄　　）

（あて先）松江市長

受付者（　　）証（回収・有効期限訂正・未回収）

※証未回収の場合、有効期限の説明をしてください。