

様式第6号 (第10条関係)

子ども医療費受給資格消滅届

朝霞市長 宛

受給資格証番号									
対象子ども氏名						生年月日	年	月	日
						生年月日	年	月	日
						生年月日	年	月	日
保護者	住所	朝霞市							
	氏名								
消滅した理由 該当箇所に○をつけてください。	<p>1 対象子どもが他の市町村（特別区を含む。）に転出した</p> <p>2 対象子どもが死亡した</p> <p>3 対象子どもを監護しなくなった</p> <p>4 その他（ ）</p>								
消滅年月日		年 月 日							
連絡先電話番号									
備考									