

《記入例》

様式第6号 (第10条関係)

こども医療費受給資格消滅届			
朝霞市長 宛			
受給資格証番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
対象こども氏名	朝霞花子	生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
		生年月日	年 月 日
		生年月日	年 月 日
保護者	住所	朝霞市 本町1丁目1番1号	
	氏名	朝霞太郎	
消滅した理由 該当箇所に ○をつけて ください。	<p>① 対象こどもが他の市町村（特別区を含む。）に転出した</p> <p>2 対象こどもが死亡した</p> <p>3 対象こどもを監護しなくなった</p> <p>4 その他（</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">転出（消滅事由）年月日の前日をご記入ください。</div>		
消滅年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
連絡先電話番号	048 (463) 1111		
備考			