

佐久市福祉医療費給付金受給資格喪失届出書

令和 年 月 日

(届出先) 佐久市長

(届出者) 住 所 佐久市

氏 名

受給者との続柄

()

電話番号

次のとおり届け出します。

受 給 者	記 号 (該当区分に○)	妊・児・障・母・父 (複数記入可)		
	受 給 者 番 号	受 給 者 氏 名	受 給 者 個 人 番 号	
事由発生年月日		令和 年 月 日		
喪 失 理 由		1 婚姻 2 生活保護 3 流産・死産 4 その他()		

(注) 喪失理由が「3 流産・死産」の場合は、医療機関等の証明が必要です。

医療機関等証明欄			
流産・死産等 年 月 日	令和 年 月 日	区分	流産・死産
上記のとおり死産又は流産したことを証明します。			
令和 年 月 日			
所在地			
医療機関等 名称			
氏 名			
印			

※ 市 処 理 欄			
喪失年月日		令和 年 月 日	
住基確認	電算登録	証回収	処 理 日
			令和 年 月 日
起案	令和 年 月 日	決裁	令和 年 月 日
課長等	係長	係	上記のとおり喪失してよいでしょうか