

第9号様式(第10条関係)

乳幼児・子ども・高校生等医療証受給事由消滅届

新宿区長 宛て

受付印	
-----	--

年 月 日

受給者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			年 月 日
	住所	電話 ()		
受給資格がなくなった理由 ※該当する事由に○を付けてください。	ア 受給者が日本国内に住所を有しなくなった イ 受給者が他の区市町村に転出した ウ 支給要件の子どもについて、次の事由が生じた (ア) 死亡した (イ) 監護しなくなった (ウ) 生計を同じくしなくなった (エ) 生計を維持しなくなった (オ) その他 エ その他()			
ウの場合における子どもの氏名				
消滅事由の発生した年月日		年 月 日		
備考				

※ 受給者の氏名欄には、保護者の氏名を記入してください。ただし、何人からも監護されていない等の事情により子ども本人が受給者である場合は、子ども本人の氏名を記入してください。

※処理欄

認定番号							
入力		決定		確認			