

学生等医療費助成資格喪失届

年 月 日

芝山町長 様

申請者 (保護者)	住所	〒
	電話	
	氏名	(学生等との続柄)

下記の学生等に係る学生等医療費助成資格が喪失しましたので届出します。

記

受 給 者 番 号							
学 生 等	フリガナ						
	氏 名						
	住 所	〒					☐ 申請者と同じ
	生 年 月 日	年 月 日					
喪 失 の 理 由		該当する項目に○をしてください。 1 助成期間終了 2 転出（転出先 ） 3 死亡 4 その他（ ）					
備 考							