様式第８号（第１１条関係）

子ども医療費受給資格証破損・亡失届

年　　月　　日

出雲市長　　様

届出者　住　所

氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 － 　 －

助成対象子どもとの続柄：

以下のとおり、子ども医療費受給資格証を破損・亡失したので届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象子ども | 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 助成対象子ども | 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 助成対象子ども | 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |