

蕪崎市重度心身障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

蕪崎市長 殿

申請者 住所
氏名 印
受給者との続柄
電話

次のとおり受給資格が喪失したので届け出ます。

受 給 者	住 所	
	氏 名	男・女
	生年月日 年 月 日	
	受給者証の番号	
資格喪失事由	1 生活保護を受給することになったため 2 その他()	
資格喪失事由 発生年月日	年 月 日	
備 考		

《注》

- 1 受給者証を添えて提出してください。
- 2 資格喪失事由発生年月日以降の保険医療機関等での診療については、医療費の助成を受けられなくなりますので、ご注意ください。
- 3 記名押印に代えて署名することができます。