

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費受給資格喪失届

年 月 日

斜里町長 様

届出者 住所 斜里町本町12番地
氏名 斜里 花子
受給者との続柄 母

下記の理由により重度心身障害者医療費受給資格・ひとり親等医療費受給資格が喪失しましたので
お届けします。

記

届	受給者	氏名	斜里 花子 斜里 町子		個人番号	000000000000	
		住所	斜里町本町12番地		受給者番号	000000	
出	資格喪失の理由	1 他 [○] の市町村へ転出					
		2 被用者保険本人に変更 3 生活保護の受給開始 4 死亡 5 その他					
内容	発生年月日		年 月 日				
※決定欄	部長	課長	係長	係	決定年月日	年 月 日	
	上記届出により次のとおり資格喪失の決定をする。						
	資格喪失年月日	年 月 日	台帳整理	未・済	支出簿整理	未・済	受給者証回収
							未・済

(注) 提出者は※欄は記入しないでください。