

重度心身障害者 医療費受給資格喪失届
ひとり親家庭等

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 太郎**
受給者との続柄 **本人**

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 太郎 | | | 個人番号 | 000000000000 | | | |
| | | 住所 | 斜里町本町12番地 | | | 受給者番号 | 000000 | | | |
| 届出内容 | 資格喪失の理由 | <ul style="list-style-type: none"> 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 | | | | | | | | |
| | | 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。