

重度心身障がい者
ひとり親家庭等 医療費受給資格喪失届

平成 年 月 日

網走市長 様

申請者 住所 網走市
氏名
受給者との続柄

重度心身障がい者医療費・ひとり親家庭等医療費受給資格が喪失しましたので申請します。

記

届出内容	受給者	氏名			受給者番号					
		住所	網走市							
喪失の理由	資格喪失の理由	1. 他の市町村への転出 2. 生活保護の受給開始 3. 死亡 4. その他 []								
	発生年月日	平成	年	月	日					
※決定欄	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	平成	年	月	日	台帳整理	未・済 /	支払簿整理	未・済 /	受給者証回収

届出者は※欄には記入しないでください。