

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

令和 年 月 日

網 走 市 長 様

申請者 住 所 網走市
氏 名
個人番号
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			
				個人番号			
	住 所	網走市					
	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	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	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。