

別記第 11 号様式

重度心身障害者 医療費受給資格喪失届  
母子家庭等

年 月 日

西興部村長 殿

申請者 住所  
氏名 印  
対象者との続柄

下記の理由により重度心身障害者医療費受給資格・母子家庭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 出 内 容	受給者	氏名					受給者証 記号・番号	北 - 1776・			
		住所									
	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	課長		補佐		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	払出簿 整理	未・済	受給者証 回収	未・済		

(注) 申請書は 欄は記入しないでください。