

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

浜中町長 様

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
電 話 - -  
対象者との続柄

下記の理由により ~~ひとり親家庭等~~ 重度心身障がい者 医療費受給資格が喪失しましたのでお届けします。

記

|             |                         |   |      |       |       |     |                   |          |
|-------------|-------------------------|---|------|-------|-------|-----|-------------------|----------|
| 申<br>請<br>者 | 受給者番号                   |   |      |       |       |     |                   |          |
|             | 氏名                      | 生年月日  |      | 年 月 日 |       |     |                   |          |
|             | 住所                      |   |      |       |       |     |                   |          |
| 内<br>容      | 資格喪失の理由                 | 1 他の市町村へ転出<br>2 被用者保険本人に変更<br>3 生活保護の受給開始<br>4 死亡<br>5 その他<br>( ) |      |       |       |     | 発生年月日<br>令和 年 月 日 |          |
|             | ※                       | 町長  | 副町長  | 課長    | 係長    | 係   | 決定年月日             | 令和 年 月 日 |
| 決<br>定<br>欄 | 上記届出により次のとおり資格喪失の決定をする。 |   |      |       |       |     |                   |          |
|             | 喪失年月日                   |   | 台帳整理 | 未・済   | 払出簿整理 | 未・済 | 受給者証訂正(回収)        | 未・済      |

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。