

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

浜中町長 様

申請者 住所 浜中町茶内栄81番地

氏名 浜中 花子

電話 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇

対象者との続柄 本人



枠内に複数人記入の際は、受給者番号の順番で氏名及び生年月日を記入してください。

下記の理由により、重度心身障がい者ひとり親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

申請者	受給者番号	3698521 3698522 3698524						
	氏名	浜中 花子 浜中 一郎 浜中 次郎	生年月日	昭和〇〇 〇〇 〇〇 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成〇〇 〇〇 〇〇				
	住所	浜中町茶内栄81番地						
内容	資格喪失の理由	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 令和〇〇年〇〇月〇〇日				
	※	町長	副町長	課長	係長	係	決定年月日	令和 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。							
	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。