重度心身障がい者医療費助成金受給資格喪失届

令和 年 月 日

倶知安町長 様

届出者 住 所

氏 名

受給者との続柄

電話番号

下記の理由により重度心身障がい者医療費受給資格が喪失しましたので届け出ます。

記

届 出 内 容	受給資格者	氏 名					受給者番号			
		住 所								
	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	年	月	日					
※ 決 定 欄	課長		室長		係長		係		決 定 日	令和 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	令和	年	月	日	電算	未・済	払 出 整理簿	未・済	受給者証回収

(注) 届出者は※欄は記入しないでください。