

# 重度障害者 医療受給資格喪失届

年 月 日

小郡市長 殿

電話番号: \_\_\_\_\_

届出人 住 所: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えてお届けします。

受給資格喪失     の理由	1 小郡市から転出したため (転出先: _____ )  2 死亡したため  3 生活保護を受けたため  4 他の公費負担による医療を受けたため  5 所得超過したため  6 その他 ( _____ )		
喪失年月日	年 月 日		
受給者番号			
対象者氏名	生年月日	明・大 昭・平 令	

回収	入力		台帳	月報