

重度心身障害者医療費受給資格喪失届

受給者番号		受給者氏名	
喪失理由	1 他市町村への転出 2 死亡 3 生活保護等の適用を受けることとなったため 4 その他()		
住 所	変更前	府中町	
	変更後		
	変更年月日	平成 年 月 日	転出
死亡年月日	平成 年 月 日	死亡	
上記 3・4 の発生年月日	平成 年 月 日		
備 考			
上記のとおり資格を喪失したので、受給者証を添えて届出します。 平成 年 月 日			
府 中 町 長	届出人	住所	府中町
			丁目 番 号
		氏名	Ⓜ
		電話番号 () - -	