

心身障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

浅口市長 様

申請者 住 所 浅口市  
氏 名

対 象 者	氏 名			
	住 所			
	性 別	男・女	生 年 月 日	年 月 日生
	受給資格証記号番号			
	身体障害者手帳若しくは療育手帳の記号番号			
資格喪失の理由	1 他市町村へ転出 2 治 癒 3 死 亡 (死亡年月日： 年 月 日) 4 他の医療給付を受けるため 5 その他 ( )			
資格喪失年月日	年 月 日			

(注) 受給資格証を添えて提出してください。