

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				
受 給 資 格 者	氏 名			
	性 別	男・女	生 年 月 日	年 月 日生
	受 給 資 格 者 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。