

様式第7（第12条関係）

		受給者番号		
障害者医療費受給資格喪失届				
新城市長		年 月 日		
		住 所		
		届出者		
		氏 名		印
下記の理由により、受給資格を喪失しましたので受給者証を添えて届けます。				
記				
受 給 者	住 所			
	フリガナ			性 別 男・女
	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日
喪 失 理 由	1 死 亡 ( 年 月 日) 2 転 出 ( 年 月 日) 転 出 先 市町村へ 3 生活保護開始 ( 年 月 日) 4 後期高齢該当 ( 年 月 日) 5 他の医療へ移行 6 そ の 他			
※ 資格喪失年月日		年	月	日
備 考				

※印の欄は、記入しないでください。