別記第８号様式（第11条関係）

決定伺	町　長	副町長	課　長	課長補佐	係　長	主　任	係	起　案

受付印

重度心身障害者
ひとり親家庭等　医療費受給資格喪失届

受給者 氏　名	フリガナ	男・女	受給者証 記号番号	

理由		
	1　他の市町村に転出することになった。 2　国民健康保険の被保険者でなくなった。 3　健康保険等の被扶養者でなくなった。 4　死亡した。 5　その他（　　）	
	発生年月日	令和　　年　　月　　日

上記の理由により、医療費受給資格が喪失しましたので届けます。

令和　　年　　月　　日

届出者　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　－＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

池田町長　安井　美裕　様

処理欄	変更年月日	・　・	台帳整理	未・済	払出簿整理	未・済	受給者証　訂正　（回収）	
							未・済	令和　　年　　月　　日