

# 重度障がい者医療費受給資格喪失届

年 月 日

大川市長 様

届出人 住所

氏名

TEL

個人番号

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由	1 ( 月 日) ~転出予定	
	2 生活保護受給	
	3 死亡	
	4 所得超過	
	5 その他 ( )	
受給資格喪失年月日	年 月 日	
医療証	受給者番号	
	氏 名	