

様式第13号(第16条関係)

重度心身障がい者医療費助成受給資格喪失届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住所	十日町市			
1 資格喪失事由 (1) 障がいの等級が軽減したため (2) 他市町村へ転居したため(転居先 ) (3) 受給資格者が死亡したため (4) その他(具体的事由 )				
2 資格喪失事由発生年月日 年 月 日				

上記のとおり受給資格を喪失しましたので受給者証を添えて届け出ます。

令和 年 月 日

住所 十日町市

届出者

氏名



(受給者との続柄

)

十日町市長 様

注

- 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。
- 記名押印に代えて署名することができます。