

## 重度心身障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

糸魚川市長 様

届出者 住所 糸魚川市  
氏名

(受給者との続柄 )

次のとおり受給資格を喪失したので、受給者証を添えて届け出ます。

受 給 者 番 号	受給者氏名		性 別	男・女
	生 年 月 日		年	月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ 糸魚川市			
1 資格喪失事由				
(1) 障害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				

(注) 資格喪失事由の該当する番号を○で囲んでください。