

別記第11号様式(第12条関係)

重度心身障害者 医療費受給資格喪失届
ひとり親家庭等

令和 年 月 日

江差町長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊟

受給者との続柄

電話番号 ー

下記の理由により重度心身障害者医療費受給資格・ひとり親家庭等医療費受給資格が喪失しましたのでお届けします。

記

届 出 内 容	受 給 者	氏 名					受 給 者 番 号		
		住 所							
	資 格 喪 失 の 理 由	1 他の市町村へ転出 2 被用者保険本人に変更 3 生活保護の受給開始 4 死 亡 5 その他 ()							
		発 生 年 月 日	年 月 日						
※ 決 定 欄	課 長		主 幹		係 長		係		
	決定年月日		年 月 日						
	上記届出により次のとおり資格喪失の決定をする。								
	資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日		台 帳 整 理	未・済	払 出 簿 整 理	未・済	受 給 者 証 回 収	未・済

(注) 届出者は※欄は記入しないでください。