

重度心身障害者（児）医療費受給資格喪失届

年 月 日

坂井市長 殿

届出者 住所 _____
 (受給者) 氏名 _____
 Tel () - _____
 (対象者との続柄)

下記のとおり資格喪失をしたので、受給者証を添えて届けます。

資格喪失事由	1 対象者が坂井市から転出した。 2 受給者が生活保護を受けるようになった。 3 対象者が死亡した。 4 対象者が20歳に到達した。 5 対象者が受給者に監護されなくなった。 6 対象者が受給者の配偶者と生計を同じくするようになった。 (事実婚を含む) 7 障害の程度が該当しなくなった。 8 その他 ()		
資格喪失年月日	年 月 日		
受給者証 記載事項	対象者 氏名		

※受給者が死亡した場合 添付書類：振込口座の分かるもの（通帳等）

振込 口座	銀行 信金 農協 労金	本店 支店 支所 営業部	普通口座 口座番号 (右詰め)						
	(コード:)	(コード:)	口座名義 (カタカナ)						

処理
確認