

重度障がい者医療費受給資格喪失届

年 月 日

みやこ町長 様

届出人 住所

氏名

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 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	