様式第6号(第6条関係)

記号番号	

重度心身障害者医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

(あて先)本庄市長

届出者　住所

氏名　　㊞

(電話　　―　　―　　)

下記のとおり受給資格を喪失しましたので、届け出ます。

受給者	フリガナ		住所 ※転出先住所		
	氏名				
	生年月日	年　　月　　日	性別 男・女	受給者証番号	
資格喪失事由	1 死亡　　2 転出　　3 生活保護開始　　4 その他(　　)				
資格喪失年月日 ・死亡日 ・転出日前日 ・生保受給開始前日	年　　月　　日				
受給者証の返還	□　受給者証を添付します。 □　受給者証を亡失したため、添付できないことを申し出します。なお、亡失したことに間違いはありません。				

決裁	課長	補佐	係長	合議	担当者	証回収年月日	年　　月　　日
						喪失処理年月日	年　　月　　日
						登録処理年月日	年　　月　　日