

別記第11号様式（第10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

年 月 日

幌延町長 様

届出者 住 所 天塩郡幌延町
氏 名

㊞

受給者との続柄

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									
		個 人 番 号									
	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		担当		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。