

福 祉 医 療 費 受 給 資 格 喪 失 届
(障害者・一人親家庭等・子ども・妊産婦・精神障害者・65歳以上障害)

令和 年 月 日

(宛先)津市長

住所	
届出人 (保護者等) 氏名	
電話	

次のとおり受給資格を喪失したので、受給資格証を添えて届け出ます。

対 象 者 の 住 所	
対 象 者 の 氏 名	
受給資格証の番号	
喪失の理由(該当する事項の番号を○で囲んでください。)	
1 対象者が津市の区域内に住所を有しなくなったため。	
転出先	
2 対象者が死亡したため。	
3 そ の 他	
受 給 資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日まで有効

処 理	入力確認	入力	証回収	受付	喪失届出書No.