

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

印

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。	
<u>転出先</u> _____	
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.