

# 重度障がい者医療費受給資格喪失届

年 月 日

大野城市長 宛

届出人 住所

氏名

電話

下記の理由により、受給資格を喪失しましたので届け出ます。

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