

重度障害者医療費受給者資格 喪失届

令和 年 月 日

守口市長あて

申請者 住所

氏名

受給者との続柄 ()

電話

守口市重度障害者の医療費の助成に関する条例施行規則第15条第2項の規定により、下記の通り届け出ます。

受給者	受給者番号	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	昭和・平成 年 月 日

資格喪失理由	理由に○をつけてください。 1 他市区町村へ転出 2 死亡 3 生保受給開始 4 障害非該当 5 その他 ()
	資格喪失日

受付日	入力