

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 |
| | |