

重度障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

筑前町長 殿

届出人 住所
氏名

次のとおり受給資格を喪失しましたので、医療証を添えて届けます。

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	