

様式第7号(第11条関係)

重度心身障害者医療費助成金受給資格喪失届出書

令和 年 月 日

静岡市長 様

住 所

氏 名

次のとおり、重度心身障害者医療費助成金受給資格を喪失したので、届け出ます。

受給者氏名		
受給者証	番 号	第 号
資格喪失の理由	① 死亡 ② 転出 ③ 生活保護開始 ④ 保険満了(継続) ⑤ その他	
資格喪失年月日	年 月 日	

(注)受給者証を添付してください。

※受給者証回収

有

無 理由：