様式第15号(第10条関係)

|  |
| --- |
| 心身障害者医療費受給資格喪失届年　　月　　日　　瀬戸内市長　　　　様届出人　住所　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 | 受給資格者 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 受給資格証記号・番号 | 　 |
| 　 | 男・女 | 年　月　日　 | 　 |
| 資格喪失の理由 | 1　他市町村へ転出2　治癒3　死亡4　他の医療給付を受ける5　その他 |
| 資格喪失年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 　 |

(注)　受給資格証を添えて提出してください。