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。