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	受給者資格者番号
		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			
資格喪失日 年 月 日	年 月 日			

(注) 受給資格証を添えて提出してください。