

重度心身障害者 医療費受給資格 喪失届

＜受給資格が喪失となる方＞

フリガナ		生年月日	年 月 日												
氏名		個人番号													
住所 (建物名等)						市処理欄	宛名番号								
							受給者番号								

＜資格喪失の理由＞

いずれかに○	1. 死亡 2. 転出 3. 生活保護の受給開始 4. 所得制限 5. 他法の適用() 6. その他()
--------	---

＜届出者＞ (受給者本人 または 保護者)

北見市長 様		(届出日)		年 月 日										
上記の理由により、重度心身障害者医療費受給資格を喪失しましたので届出します。														
フリガナ		生年月日	年 月 日											
氏名	署名	個人番号												
		電話番号	— —											
住所 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 受給資格が喪失となる方と同じ (記入不要)					続柄	受給資格が喪失となる方から見て							

北見市使用欄

本人確認	備考	第4類		
①番・免・パ・手帳 他 () ②証・年金・児童・バス 社員・学生 他 () 代理権確認手段 受給者証・保険証 障害者手帳・委任状 他 ()		課長	係長	係
		発生年月日 (. .)		
		資格喪失年月日 (. .)		
		転出予定日 (. .)		
		受給者証 (回収・期限訂正・無)		

