

決 裁	市長	副市長	部長	次長	課長	課長補佐	係員	係	受 年	付 日	年	月	日
									処 年	理 日	年	月	日

福祉医療費受給資格喪失届

年 月 日

恵那市長 様

住所

届出人

氏名

(電話 - -)

福祉医療費の助成を受ける資格を喪失したので次のとおり届出をします。

記

受給資格者 番号	1. 乳幼児等			3. 母子家庭等		
	②. 重度心身障害者			4. 父子家庭		
受給資格者	氏名			生年月日		
	住所					
喪失理由	1 市外に転出したため (転出先) 2 重度心身障害者に該当したため 3 母子家庭等又は父子家庭に該当したため 4 母子家庭等又は父子家庭でなくなったため 5 死亡 6 年齢到達 7 医療助成対象者を現に保護及び生計を維持しなくなったため 8 その他 ()					
理由が 発生した日	年 月 日					
備考						