

福祉医療費受給資格喪失届

年 月 日

朝日町長様

住 所 _____

届出者
(保護者など)

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

福祉医療費受給資格（1. 障がい者 2. 一人親家庭等 3. 子ども 5. 障がい者(後期高齢者医療制度の被保険者)）について、次の理由により受給資格を喪失したので受給資格証を添えて届け出ます。

受給資格証番号		
受給資格者氏名		
住 所		
資格喪失の理由	1 他市町村へ転出	転出年月日 年 月 日
	2 死 亡	死亡年月日 年 月 日
	3 そ の 他 ()	発生年月日 年 月 日
資格喪失年月日 ※記入の必要はありません	年 月 日	