

「重度障害者医療費受給者証」（水色）をこの喪失届と一緒にご提出ください。

様式第 13 号

重度心身障害者医療費受給資格喪失届

受給者番号	受給者氏名	〇〇 〇〇	性別	男 女
0 1 2 3 4 5 6 7 8	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
住 所	出雲崎町大字〇〇〇〇			
1 資格喪失事由				
(1) 障害の等級が軽減したため				
(2) 他市町村へ転居したため (転居先)				
(3) 受給資格者が死亡したため				
(4) その他 (具体的事由)				
2 資格喪失事由発生年月日				
令和〇〇年〇〇月〇〇日				

死亡日を記入してください。

上記のとおり受給資格を喪失しましたので受給者証を添えて届け出ます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

喪失届を記入した日

住所 新潟県〇〇〇
届出者 氏名 〇〇 〇〇

(受給者との続柄 子)

出雲崎町長 様

喪失届を記入した方の「住所・氏名」を記入してください。

注 1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。