

様式第7号（第8条関係）

精神障害者医療費受給資格喪失届

交 付 番 号		
障 害 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
受 給 者	住 所	
	氏 名	
	障害者との続柄	
1 資格喪失事由 <input type="checkbox"/> 対象障害者が他市町村へ転出したため（転出先 ） <input type="checkbox"/> 対象障害者が死亡したため <input type="checkbox"/> その他（具体的事由 ）		
2 資格喪失事由発生年月日 年 月 日		

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。

年 月 日

届出者 住 所
氏 名
(受給者との続柄)
電話番号

(あて先) 胎内市長