

様式第14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		性別	男・女
	生年月日	大・昭・平・令	年	月 日
住所	新潟県佐渡市			
<p>1 資格喪失事由</p> <p>(1) 障害の等級が軽減したため</p> <p>(2) 他市町村へ転出したため (転出先)</p> <p>(3) 受給資格者が死亡したため</p> <p>(4) その他 (具体的事由)</p> <p>2 資格喪失事由発生年月日</p> <p>年 月 日</p>				

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

住所 新潟県佐渡市
届出者
氏名

(受給者との続柄)

佐渡市長 様

(注) 1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。

2 記名押印に代えて署名することができます。