

記載例

別記様式第11号（第9条関係）

重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

赤枠の中を記載してください。
記入漏れがあった場合、喪失届の受理
ができない場合がありますので、ご注
意ください。

年 月 日

届出者 住 所 留萌市幸町1丁目11番地
氏 名 鯉 花子
受給者との続柄 本人
電話番号 (090) - 9999 - 9999

下記の理由により重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給資格が喪失しましたので届け出ま
す。

記

届	受給者	氏 名	鯉 花子、太郎				受給者証番号			
		住 所								
出 内 容	資格喪失理由	1 他の市町村へ転出 イ 転出（予定年月日） 年 月 日 ロ 転出先住所 2 生活保護の受給開始 3 死亡 4 受給資格の期間満了（年齢到達） 5 その他								
		発生年月日 年 月 日								
＊ 処 理 欄	課長		係長		係		合議		処理年月日	年 月 日
	上記届出により次のとおり処理する。									
	変更年月日	回収 ・ 訂正 未回収（後日回収・破棄依頼）				回収・訂正 年 月 日		年 月 日		

（注）届出者は＊欄は記入しないでください。