様式第12号(第11条関係)

重度心身障害者医療費受給者資格喪失届

年　　月　　日

　藤崎町長

住所

申請者

氏名

　下記の理由により、重度心身障害者医療費受給資格を喪失しましたので届出します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 | 　 | 受給者番号 | 　 |
| 喪失の理由 | 1　死亡2　転出3　障害程度の変更4　その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 喪失年月日 | 　 |

(注)　1　喪失の理由欄の該当する事項を○で囲むこと。

　　　2　受給者証等を添付すること。