

別記第11号様式（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

令和 年 月 日

石狩市長様

届出者 住 所
氏 名
個人番号
受給者との続柄
（ ） —

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

記

届出者	受給者番号						
	氏 名						
	個人番号						
	住 所						
資格喪失の理由	1 他の市町村へ転出 2 被用者保険本人に変更 3 生活保護の受給開始 4 支援給付の受給開始 5 死 亡 6 その他 ()						
	発生年月日	令和 年 月 日					
	※決定欄	課長	主査	担当	決定年月日	令和 年 月 日	
		上記届出により次のとおり資格喪失の決定をする。					受付印
		資格喪失年月日	令和 年 月 日	受給者証回収	未・済		

(注) 届出者は、※欄は記入しないでください。