

別記第11号様式（第9条関係）

重度心身障害者
医療費受給資格喪失届
ひとり親家庭等

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

届出内容	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					受 付 印
	上記届出により次のとおり資格喪失の決定をする。					
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。