

福祉医療費受給資格消滅届

平成 年 月 日

中津川市長 様

住 所

申 請 者

(受給者) 氏 名 _____ (印)

(電 話 —)

中津川市民福祉医療費助成金支給条例第8条の規定により受給資格消滅について、
次のとおり届け出ます。

				受 給 者 番 号
助 成 区 分	69歳老人	乳幼児	重度心身障害者	
	母子家庭等	父 子	重度障害老人	
資格喪失年月日 (有効期間の終期)	平成 年 月 日 まで			
受 給 者 氏 名				
対 象 者 氏 名				
資 格 喪 失 理 由	(1) 転 出 「 転出先 _____ 」 (2) 生活保護開始 平成 年 月 日 (3) 死 亡 平成 年 月 日 (4) 年齢到達 【生年月日】 年 月 日 (5) 婚 姻 平成 年 月 日 (6) その他			