

課 長	主 査	グループ

様式第12号（第8条関係）

重度心身障害者 医療費受給者資格喪失届
ひとり親家庭等

年 月 日

美幌町長 様

申 請 者	住 所	美幌町字
	氏 名	
	電話番号	

次の理由により、重度心身障害者 医療費受給資格を喪失しましたので、お届けします。
ひとり親家庭等

記

受給者①	氏 名		受 給 者 番 号	第 号
受給者②	氏 名		受 給 者 番 号	第 号
受給者③	氏 名		受 給 者 番 号	第 号
理 由	1 他の市（町村）に転出することになった 2 国民健康保険の被保険者でなくなった 3 健康保険等の被保険者でなくなった 4 死亡した 5 婚姻した 6 生活保護開始 7 子が（18歳・20歳）に達した 8 その他（ ）			
発生年月日	年 月 日			

◎字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。署名により、記名押印を省略することができます。