様式第９号（第７条関係）

福祉医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

可児市長　様

届出人
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（電話）　　－　　－

下記の理由により、福祉医療費助成の受給要件に該当しなくなったのでお届けします。

受給者証の種類等	下記のうち該当する番号を〇で囲んでください。	受給者番号
	1　子ども　　3　母子家庭等 2　重度心身障がい者　　4　父子家庭	
受給資格者氏名		
助成要件に該当しなくなった理由		
喪失年月日	年　　月　　日	

（注）　この届出書には、受給者証を添付してください。