

福祉医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

可児市長 様

住所

届出人 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 で囲んでください。	受給者番号
	1. こども 2. 重度心身障がい者 3. 母子家庭等 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	1. 重度心身障がい者に該当したため 2. 母子家庭等に該当したため 3. 父子家庭に該当したため 4. 母子家庭等、父子家庭でなくなったため 5. 転出 6. 死亡 7. その他 ()	
喪失年月日	令和 年 月 日	

注) この届出書には、受給者証を添付してください。