別記様式第１６号（第１６条関係）

重度心身障害者　医療費受給資格　喪失届

＜受給資格が喪失となる方＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　 　 年　 　 月　 　 日 |
| 氏名 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | （建物名等） | 市処理欄 | 宛名番号 |
| 受給者番号 |

＜資格喪失の理由＞

|  |  |
| --- | --- |
| いずれかに○ | １．死亡　　２．転出　　３．生活保護の受給開始　　４．所得制限　　５．他法の適用（　　　　　　　　　　　　　　）　　６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＜届出者＞（受給者本人 または 保護者）

|  |
| --- |
| 北見市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出日）　　　　 　年　 　月　 　日上記の理由により、重度心身障害者医療費受給資格を喪失しましたので届出します。 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　 　 年　 　 月　 　 日 |
| 氏名 | 署名 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　－ 　　 　　　　－ |
| 住所 | □受給資格が喪失となる方と同じ　（記入不要）（建物名等） | 続柄 | 受給資格が喪失となる方から見て |

北見市使用欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本　人　確　認 | 備　　考 | 第　４　類 |
| ①番・免・パ・手帳他（　　　　　　　）②証・年金・児童・バス社員・学生他（　　　　　　　）代理権確認手段受給者証・保険証障害者手帳・委任状他（　　　　　　　　　） |  | 課長 | 係長 | 係 |
| 発生年月日　　（　　.　　.　　）資格喪失年月日（　　.　　.　　） |
| 転出予定日　　（　　.　　.　　）受給者証　（回収・期限訂正・無） |