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） | | |