様式第10号(第12条関係)

|  |
| --- |
| 国頭村重度心身障害者(児)医療費受給資格喪失通知書年　　月　　日　　　様国頭村長　　　　　　　　　　　　年　　月　　日付けで届出のありました重度心身障害者(児)医療費の受給資格がなくなりましたので通知します。 |
|  | 氏名 |  |  |
|  | 住所 |  |  |
|  | 受給資格がなくなった理由 |  |  |
|  | 受給資格がなくなった日 | 年　　月　　日 |  |
|  |