

第6号様式（第12条関係）

資 格 喪 失 届
(重度心身障害老人等医療費)

年 月 日

御杖村長 殿

届出者 住 所 _____
氏 名 _____

下記のとおり、重度心身障害老人等医療費を受ける資格がなくなりましたので、届けます。

記

受給者	氏 名		住 所	
資格喪失理由				
資 格 喪 失 理 由 発 生 年 月 日				