別記第３３号様式（第２３条関係）

自立支援医療受給資格喪失届（育成医療・更正医療）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　和寒町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受給者との続柄

　下記の理由により自立支援医療費受給資格が喪失しましたのでお届けします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届  出  内  容 | 受  給  者 | 氏　名 | |  | | | | 受給者番号 | | |  | | |  |
| 住　所 | |  | | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| 資  格  喪  失  の  理  由 | １　　他の市町村へ転出  　２　　被用者保険本人に変更  　３　　生活保護の受給開始  　４　　死　亡  　５　　その他 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |
| 発生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  |  |  | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | |