

## 重度障害者医療費受給資格喪失届

受給者番号	受給者氏名	
	生年月日	
住所		
1 資格喪失事由 (届出事項の該当する番号を○で囲んでください。)		
(1) 障害の等級が軽減したため		
(2) 他市町村へ転居したため		
(3) 受給資格者が死亡したため		
(4) その他 (具体的事由 _____ )		
2 資格喪失事由発生日		
年 月 日		

上記のとおり受給資格を喪失しましたので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住所

届出者 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(受給者との続柄 \_\_\_\_\_ )

長岡市長 磯田 達伸 様