

様式第10号(第11条関係)

子 ども  
重 度 障 害 者 医 療 費 受 給 資 格 喪 失 届  
ひとり親家庭等

年 月 日

新宮町長 様

届出人 住所

氏名

個人番号

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受 給 資 格 喪 失 の 事 由	1 新宮町から転出した
	2 生活保護を受けた
	3 母子家庭(父子家庭)でなくなった
	4 児童福祉法により児童福祉施設に収容された
	5 死亡した
	6 その他( )
受給資格喪失年月日	年 月 日
医 療 証 の 受 給 者 番 号 及 び 氏 名 及 び 個 人 番 号	受給者番号
	氏 名
	個人番号