様式第4号(第13条関係)

重度障害者医療費受給資格(変更・喪失)届

受給者氏名	生年月日

＊喪失に該当する方(該当するものに○)

1．転出　　2．死亡　　3．生保開始

4．等級変更　　5．その他(　　)

喪失日　　年　　月　　日

＊変更に該当する方(該当するものに○)

変更後				
1．加入保険	保険種別	協　組　日　船　共　国　国組　自　特定　後期		
	保険者名		保険者番号	
	記号		番号	
	被保険者名			
	保険加入日			
2．保護者				

松原市長　殿

上記のとおり、医療費の受給資格について変更又は喪失の届出をいたします。

なお、届出に当たり、公簿等により私の所得等の確認をされることを承諾します。

年　　月　　日

申請者
(保護者)

住所

氏名　　㊞

電話番号

市　役　所　記　入　欄

決　裁				受　給　者　番　号	受付印
課長	課長補佐	係長	係員		