

第7号様式(第8条関係)

受付	年 月 日	決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係
障害者医療費受給資格喪失届						
受給者証記号番号	.....					
ふりがな 氏 名			男・女	生年 月 日	年 月 日	
住 所						
資格喪失理由	転 出・死 亡・その他( )					
資格喪失年月日	年 月 日					
転 出 先						
<p>上記のとおり届けます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 届出人 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>清須市長 様</p>						