

第7号様式(第9条関係)

精神障害者医療費受給資格喪失届 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 年 月 日 </div>				
清須市長 様				
住所 届出者 氏名 () 印 電話 ()				
次のとおり受給資格を喪失しました。				
受給者番号				
受給者名	男・女	生年月日	年 月 日	
喪失理由	1 死亡(年 月 日) 2 転出(転出先) 転出年月日(年 月 日) 3 その他 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 80%; height: 100%; margin: 10px auto;"></div>			
※資格喪失年月日	年 月 日			

- 備考 1 受給者証を添付してください。
 2 ※印の欄は、記入しないでください。