

重度障害者（児）医療費助成金受給資格喪失届

年 月 日

伊豆の国市長 宛

届出者 住所

氏名

(受給者との続柄)

連絡先

次のとおり、重度障害者（児）医療費助成金受給資格を喪失したので、届け出ます。

受給者氏名			
受給者証番号	第 号		
資格喪失の理由			
助成金の受取口座 (死亡の場合等)	金融機関名		支店名
	種別	口座名義(カナ)	口座番号
	1. 普通 2. 当座		
資格喪失年月日	年 月 日		

(注) 受給者証を添付すること。