

第 9 号様式（第 9 条関係）

資 格 喪 失 届

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電 話 番 号

心身障害者医療費の助成を受ける資格がなくなりましたので、次のとおり届け出ます。

受 給 資 格 証 受 給 者 番 号		
受 給 者	住 所	☐ 申請者と同じ
	氏 名	☐ 申請者と同じ
	個 人 番 号	
資 格 喪 失 の 理 由		
資 格 喪 失 理 由 発 生 年 月 日		

備考 この届出の際に、受給資格証を返還してください。