

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

年 月 日

香芝市長

住 所
氏 名
受給者との続柄

次の者について受給資格を喪失しましたので、届け出ます。

受 給 者	受給資格証 受給者番号			
	氏 名		個 人 番 号	
	住 所			
異 動 日	年 月 日			
喪 失 理 由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

なお、医療費助成金に未支給分があるときは、次の口座にお振込みください。

氏 名

金 融 機 関 名	銀 行 農 協 信用金庫	支 店 名	本 店 支 店 出張所
預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他（ ）	口 座 番 号	
フ リ ガ ナ			
口 座 名 義 人			

備考 この届出の際に、受給資格証を返還してください。