

第 7 号様式（第 1 1 条関係）

精神障害者（後期高齢者）医療費受給資格喪失届

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電 話 番 号

受給者との続柄

次のとおり受給資格を喪失しましたので、届け出ます。

受 給 者 住 所	
受 給 者 氏 名	
個 人 番 号	
異 動 日	年 月 日
喪 失 理 由	<div><input type="checkbox"/> 1 死亡</div> <div><input type="checkbox"/> 2 転出</div> <div><input type="checkbox"/> 3 その他（ ）</div>

医療費助成金に未支給分があるときは、次の口座に振り込んでください。

支 払 機 関 名	預 金 種 別	口 座 番 号
銀行	支店 普通・当座・その他（ ）	
農協	店 番 フ リ ガ ナ	
信金		口座名義人