

第7号様式（第11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	<input type="checkbox"/> 1 死亡 <input type="checkbox"/> 2 転出 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()					

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