

第10号様式（第8条関係）

資 格 喪 失 届

年 月 日

香芝市長 様

届出者 住 所
氏 名
電話番号

㊞

下記のとおり、福祉医療費の助成を受ける資格がなくなりましたので、届け出ます。

記

受給資格証受給者番号			
受給者	氏名	個人番号	
	住所		
(理由)			
資格喪失理由発生年月日			

(注) この届出の際に、受給資格証を返還してください。