様式第９号（第７条関係）

福祉医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

中津川市長　様

住所

届出人

氏名

電話（　　―　　―　　）

下記理由により、福祉医療費助成の受給要件に該当しなくなったのでお届けします。

受給者証の種類等	下記のうち該当する番号を〇で囲んでください	受 給 者 番 号
	１．乳幼児等　　３．母子家庭等 ２．重度心身障害者　　４．父子家庭	―
受給資格者氏名		
助成要件に該当しなくなった理由	１．重度心身障害者に該当したため ２．母子家庭等に該当したため ３．母子家庭等、父子家庭でなくなったため ４．転出 ５．死亡 ６．その他（　　）	
喪失年月日	年　　月　　日	

（注）この届書には、受給者証を添付してください。