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．子　ど　も　　３．ひとり親家庭等 ２．重度心身障害者	―
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．ひとり親家庭等に該当したため ３．ひとり親家庭等でなくなったため 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。