様式第５号の２（第７条関係）

心 身 障 害 者 医 療 費 受 給 資 格 喪 失 届

受給者証番号	第　　号	
受給者氏名		
障害者氏名		男・女
生年月日	大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日	

下記の事由により，心身障害者医療費受給資格を喪失したので受給者証を添えて届出いたします。

事由発生年月日　　令和　　年　　月　　日

喪失事由

①　転　　出　　④　等級変更

②　死　　亡　　⑤　その他

③　生活保護法による保護又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付の受給

令和　　年　　月　　日

（あて先）　大　崎　市　長

届出者　住　所　　大崎市

氏　名

（電話　　）