| 課長 | 課長補佐 | 合議 | 係 | 地域振興課 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

# 福 祉 医 療 費 受 給 資 格 喪 失 届

下 呂 市 長　　様

**太枠内をご記入ください**

年　　月　　日

届出人

住所

氏名

（電話　　－　　－　　）

下記の理由により、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。

| | 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 |
|---|---|---|
| 受給者証の種類等 | １．乳幼児等　　３．母子家庭等<br>２．重度心身障がい者　　４．父子家庭 | |
| 受給資格者氏名 | | |
| 個　人　番　号 | | |
| 助成要件に該当しなくなった理由 | １．重度心身障がい者に該当したため<br>２．母子家庭等に該当したため<br>３．母子家庭等、父子家庭でなくなったため<br>４．転出<br>(5.) 死亡<br>６．その他（　　） | |
| 喪 失 年 月 日 | 年　　月　　日 | |

（注）この届出書には、受給者証を添付してください。

個人番号等確認欄

| 番号確認 | 窓口（施設）に来た方の身元の確認（本人様・代理人　　様） | |
|---|---|---|
| □個人番号カード<br>□通知カード<br>□個人番号記載の住民票の写し<br>□システム転記<br>□その他<br>（　　） | １点確認 | □個人番号カード　□運転免許証　□パスポート<br>□在留カード・特別永住者証明書<br>□官公庁発行の免許証（写真つき）<br>□身体障害者手帳・療育手帳　□精神手帳（写真つき）<br>□その他（　　） |
| | ２点確認 | □資格確認書等　□介護保険証　□年金証書・手帳<br>□受給者証（医療・サービス）　□児童扶養手当証書<br>□精神手帳（写真なし）　□その他（　　） |
| 代理権確認 | □戸籍謄本等　□委任状　□その他（　　） | |

（市確認者　　）