

様式第 7 号(第14条関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

重度障害者(児)医療費助成金受給資格喪失届

年 月 日

長泉町長 様

届出者 住 所
氏 名 ※
※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

次のとおり、重度障害者(児)医療費助成金受給資格を喪失したので、届け出ます。

受給者氏名			
受給者証	番 号	第 号	
資格喪失の理由			
資格喪失年月日	年 月 日		

(注) 受給者証を添付してください。