

受診の有無	有・無
受診先への報告指導	済・未
受診先	

システム処理者

月 日

子 障 母 精 医療費受給資格喪失届

※該当医療を○で囲む

受付印

(宛先) 西尾市長

令和 年 月 日
申請者 住 所 西尾市

氏 名

電話番号 () —

受給資格を喪失しましたので、次のとおり届け出ます。

受給者喪失理由	受給者番号	個人番号
	氏 名	☐ 申請者と同じ
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
喪失理由	※転出先の市町村名を記入 ☐ 転出のため () へ 転出) ☐ その他の福祉医療の該当になったため (該当医療を○で囲む。) (子ども 障害 母子 精神 (全疾病 通院 入院) マル福 へ移行) ☐ 保険喪失 ☐ 死亡のため ☐ 生活保護の該当になったため ☐ その他 ()	
	資 格 喪 失 日	※喪失理由に該当した日付を記入 令和 年 月 日
	シ ス テ ム 喪 失 日	※福祉給付システムに入力する日付を記入 令和 年 月 日

届出者確認 : 申請者本人 ・ 同居親族 ・ その他 申請者との関係 ()