様式第8号(第9条関係)

|  |
| --- |
| 　障害者医療費受給資格喪失届　　年　　月　　日　　　　　敦賀市長　　　　殿　　住所　　　　　　　　　　　　　届出者　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　次の理由により受給資格を喪失したので、受給資格者証を添えて届け出ます。　　 |
| 受給者番号 | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 住所 | 　 |
| 資格喪失の理由 | 死　亡　　　転　出　　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 資格喪失年月日 | 年　　　月　　　日 |