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 | | |