

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 月	年 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		