

様式第 6 号（第14条関係）

重度心身障害者医療費助成金受給資格喪失届出書

年 月 日

（あて先）掛川市長

住 所
受給者
氏 名

次のとおり重度心身障害者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。