

福祉医療受給資格喪失届

年 月 日

木津川市長 宛て

住 所 木津川市

届出者

氏 名

受給者氏名	生年月日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

次のとおり、福祉医療の受給資格を喪失いたしましたので、受給者証を添えて届け出ます。

【受給中の制度】

- 障害者医療 ひとり親医療 老人医療
 重度心身障害老人健康管理事業 京都子育て支援医療

喪失理由（○で囲んでください）	理由が生じた日
死亡	令和 年 月 日
転出	令和 年 月 日
受給要件非該当 <input type="checkbox"/> 後期高齢者（健管）該当 <input type="checkbox"/> （障害・ひとり親・子育て）受給開始 <input type="checkbox"/> その他（ ）	令和 年 月 日
保険喪失	令和 年 月 日
生活保護受給開始	令和 年 月 日
その他（ ）	令和 年 月 日