（　　－　　－　　）

重度障害者医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

広川町長　宛

届出人　　住所　　広川町大字

氏名　　㊞

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由		1　転出予定 2　生活保護受給 3　死亡 4　所得超過 5　その他（　　）
受給資格喪失年月日		年　　月　　日
医療証	受給者番号	
	氏名 （生年月日）	（　　）

医療証回収日：　　年　　月　　日 有効期限：　　年　　月　　日記載済 （特記事項／　　）