

福祉医療費受給者資格喪失届

令和 年 月 日

新温泉町長 様

申請者 住所 新温泉町
氏名

次のとおり、福祉医療費受給者資格を喪失しましたので、届出します。

受給者番号	氏名	性別	生年月日
		男・女	大・昭・平・令 年 月 日
		男・女	大・昭・平・令 年 月 日
		男・女	大・昭・平・令 年 月 日
		男・女	大・昭・平・令 年 月 日

喪失年月日	年 月 日
-------	-------

資格喪失理由	1 死亡 2 転出 3 その他 ()
--------	---------------------------

課長	課長補佐	係長	課員