

# 重度心身障害老人健康管理事業受給資格喪失届

対象者	氏名				
	生年月日	年	月	日	男・女
	住所				

喪失事由（事由発生年月日）

転出（ . . ）

死亡（ . . ）

受給要件非該当（ . . ）

その他（ . . ）

証回収

上記のとおり届け出します。

年 月 日

綾部市長 様

（届出人） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

対象者との続柄  
（ ）