

別記第7号様式

重度心身障害者 医療費 受給者証再交付申請書
ひとり親家庭等 受給資格喪失届

年 月 日

ニセコ町長 様

住所：
氏名：
申請者 個人番号：
受給者との続柄：

下記の理由により、重度心身障害者 医療費 受給者証の再交付を受けたい
ひとり親家庭等 受給資格が喪失しましたので、
届け出ます。

受給者証番号	受給資格者氏名	個人番号											
住 所	ニセコ町字												
申請内容	1 再 交 付					2 資 格 喪 失							
理 由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 ()					1 他の市町村へ転出 2 生活保護の受給開始 3 死亡 4 他公費取得 5 その他 ()							
発生年月日						年 月 日							
※ 決 定 欄	1 上記内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を再交付する。 2 上記届出により、次のとおり資格喪失の決定をする。 3 次の理由により上記申請を却下する。												
	却 下 理 由												
	異動(喪失)年月日		年 月 日		決定年月日		年 月 日						

(注) 届出者は※は記入しないでください。