

福祉医療費受給者喪失届出書

(あて先) 周南市長

提出日

年 月 日

保護者氏名										
現住所										
受給者氏名	生年月日		受給者証記号		受給者証番号					
	年	月	日生							
	年	月	日生							
	年	月	日生							
	年	月	日生							
	年	月	日生							
下記理由により福祉医療費の受給資格がなくなりましたので、受給者証を添えて届け出ます。										
喪失理由										
1. 転出 (年 月 日転出)										
2. 生活保護開始 (年 月 日開始)										
3. その他 (年 月 日)										

職員処理欄

令和 年 月 日 喪失年月日

令和 年 月 日 受給者証 回収済 ・ 未回収

令和 年 月 日 喪失入力 済 ・ 未

実 定 日 変更入力 済 ・ 未

決裁	課長	課長補佐	係長	係	備考

受付印