

# 佐倉市重度心身障害者医療費受給資格喪失届

年      月      日

(宛先) 佐倉市長 西田 三十五

住 所 佐倉市 \_\_\_\_\_  
届出人  
氏 名 \_\_\_\_\_

次のとおり届出します。

受給資格者氏名			資格証明書番号	
資格喪失年月日	年      月      日			
資格喪失原因	転 出	新住所	〒	—
			死 亡	生保開始
備 考				