

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係

福祉医療費受給資格喪失届

年 月 日

(あて先) 土岐市長

届出人 住所

氏名

電話

次のとおり福祉医療費の受給資格に該当しなくなりました。

受給資格者番号	乳幼児等 ・ 重 度 母子家庭等 ・ 父子家庭	
受給資格者氏名		
該当しなくなった理由	( ) に移行 転 出 ( ) へ 死 亡	
該当しなくなった日	年 月 日	

(注意) この届出には、福祉医療費受給者証  
を添付すること。

保険証	国・協・健・共・国組・後高
手帳	身体 ・ 療育 ・ 精神