

福祉医療費受給者証資格喪失届（乳幼児・ひとり親家庭・重度心身障害者）

（宛先）柳井市長

届出年月日 年 月 日

届 出 者		住 所	柳井市
		氏 名	
		電話番号	
受 給 者	1	受給者番号	—
		氏 名	
	2	受給者番号	—
		氏 名	
	3	受給者番号	—
		氏 名	
	4	受給者番号	—
		氏 名	
資格喪失理由		1. 他市町村に転出（転出先 県 ） 2. その他（ ）	
事由発生年月日		年 月 日	
備 考			