

様式第9号（第13条関係）

我孫子市重度障害者医療費受給資格喪失届

我孫子市長あて

住 所
届出人 氏 名
電話番号

次のとおり届け出ます。

| | | | | |
|--------|-----------------------------------------------------------------|--|------|-------|
| 受給者 | 住 所 | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | | | |
| 資格喪失理由 | 該当する番号に○を付けてください。 1 転出 2 手帳の等級（程度）変更 3 生活保護の受給 4 死亡 | | | |
| 喪失年月日 | 年 月 日 | | | |

口座変更がある場合

| | | | | |
|---------|------|------|------|-------|
| 金融機関名 | 銀行 | | | 支店 |
| 種 別 | 1 普通 | 2 当座 | 3 貯蓄 | フリガナ |
| 口 座 番 号 | | | | 名 義 人 |