

様式第 7 号（第 1 4 条関係）

重度障害者（児）医療費助成金受給資格喪失届

年 月 日

熱海市長 あて

住 所
氏 名

次のとおり、重度障害者（児）医療費助成金受給資格を喪失したので、届け出ます。

受 給 者 氏 名			
受 給 者 証	番 号	第	号
資格喪失の理由			
資格喪失年月日	年 月 日		

（注） 受給者証を添付すること。