

(様式第5号)

岡山市特定医療費(指定難病)受給資格喪失届

岡山市長 様

年 月 日

(届出人)

フリガナ		患者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()
氏名			
連絡先			
住所			

次のとおり資格の喪失を届け出ます。

1 受給者

フリガナ		受給者番号							
患者氏名	<input type="checkbox"/> 届出人に同じ								
生年月日	年 月 日	連絡先	-	-					
住所	〒 - 岡山市 区	<input type="checkbox"/> 届出人に同じ							
患者が18歳未満の場合は以下を記入									
保護者氏名		患者との続柄							
保護者住所	〒 - 岡山市 区	保護者連絡先	-	-					

2 資格喪失事由(該当するものに☑)

- 市外転出(転出先 都道府県 市区町村)
- 死亡
- 支給認定基準に非該当
- その他()

3 資格喪失年月日

年 月 日

(注意事項) 医療受給者証を添付してください。 転出先の自治体で本制度の利用を希望する場合は速やかに転出先自治体に申請してください。 ※転出先自治体で本市受給者証の写しの提出が必要となる場合があります

保健所処理欄(受給者証の回収日又は回収できない理由)	受理日
----------------------------	-----