

第6号様式（第10条）

重度心身障害者（児）医療費助成受給資格喪失届

受給者	住所	
	氏名	
受給資格消滅 の理由	1. 横芝光町に住所を有しなくなった。	
	2. 重度心身障害者（児）が死亡した。	
	3. その他	
受給資格消滅 年月日	年 月 日	
<p>上記のとおり、重度心身障害者（児）医療費助成受給資格が消滅しましたので、受給券を添えて届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 住所</p> <p>氏名 ㊟</p> <p>横芝光町長 様</p>		