

第10号様式(第10条関係)

重度心身障害者医療費助成受給資格喪失届

年　月　日

垂水市長 殿

届出人 住 所
氏 名
電話番号 ()

次の理由により、重度心身障害者医療費助成受給資格を喪失しましたので届け出ます。

受給資格者氏名	受給資格者番号	資格喪失年月日
		年　月　日
理　由	1 他市町村への転出 (転出先:)	
	2 医療保険の被保険者・被扶養者の資格喪失	
	3 死亡	
	4 生活保護の受給	
	5 その他 ()	
備　考		

※資格喪失理由が死亡の場合は、以下をご記入ください。

代表相続人の届出及び医療費振込口座の変更について

被相続人に係る医療費を受理する代表者として、次のとおり届け出ます。

代表相続人氏名	被相続人との続柄	住 所	
振込先金融機関名		口座名義人(カナ)	預金種別 口座番号
銀行・金庫 組合・農協	支店 支所		普通・当座

私は、代表相続人の届出及び医療費振込口座の変更に関し、垂水市重度心身障害者医療費助成条例を遵守致します。

また、この件に関して第三者と何らかのトラブル等が生じた場合も自己の責任において対処するものとし、貴市には一切迷惑をかけないことを誓います。

年　月　日

垂水市長 殿

代表相続人氏名

※この欄 は市に おいて 記入	決 裁	所長	次長	係長	係	受付	年　月　日
							決　裁