

第9号様式（第8条関係）

東庄町重度心身障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

東庄町長 岩田 利雄 様

住 所 \_\_\_\_\_

届出人 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

本人と  
の続柄 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

次のとおり、届出します。

受 給 者	住 所			
	氏 名	男 女	生年月日	年 月 日
	受 給 者 番 号			
資 格 喪 失 理 由				
資 格 喪 失 年 月 日		年 月 日		

【助成金振込先】

(フリガナ) 口座名義人	金 融 機 関	口座種類	口座番号
	本店・支店・支所		