

様式第9号（第13条関係）

我孫子市重度障害者医療費受給資格喪失届

我孫子市長あて

住 所
届出者 氏 名
電話番号

次のとおり届け出ます。

受給者	住 所			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
資格喪失理由	該当する番号に○を付けてください。 1 転出 2 手帳の等級（程度）変更 3 生活保護の受給 4 死亡 5 その他（ ）			
喪失年月日	年 月 日			

口座変更がある場合

金融機関名	銀行			支店
種 別	1 普通	2 当座	3 貯蓄	フリガナ
口 座 番 号				名 義 人