

第9号様式（第14条関係）

重度障害者（児）医療費助成金受給資格喪失届

年 月 日

（宛先）沼津市長

住 所
氏 名

次のとおり、重度障害者（児）医療費助成金受給資格を喪失したので、届け出ます。

| | | |
|---------|-------|-----|
| 受給者氏名 | | |
| 受給者証 | 番 号 | 第 号 |
| 資格喪失の理由 | | |
| 資格喪失年月日 | 年 月 日 | |

（注）受給者証を添付すること。