

様式第10号（第10条関係）

袖ヶ浦市精神障害者医療費等受給資格喪失届

(ふりがな) 対象者の氏名		受給 資格 番号	
対 象 者 の 住 所			
受給資格喪失の理由	1 死亡した。 2 市外へ転出した。 3 生活保護を受給した。 4 自立支援医療（精神通院）の受給を受けなくなった。 5 その他（ ）		
上記の理由が発生した年月日	年 月 日		

上記のとおり、精神障害者医療費等の給付を受ける資格がなくなりましたので、袖ヶ浦市精神障害者医療費等給付条例施行規則第10条第1項の規定により届け出ます。

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

氏名

注1 「受給資格喪失の理由」欄は、該当する番号を○で囲んでください。その他の場合には（ ）内にその内容を具体的に記入してください。

2 この届出書には、資格証を添付してください。