

後期高齢者福祉医療費受給資格喪失届

年 月 日

大府市長 殿

住 所

届出者

氏 名

次のとおり受給資格を喪失しました。

										受給者番号							
受 給 者 名 受 氏										生 年 月 日							
受 給 者 号 受 個 人 番 号																	
喪 失 理 由										1 死亡（ 年 月 日）							
										2 転出（転出先 （ 年 月 日）							
										3 所得制限超過							
										4 その他							
										【				】			
※資格喪失年月日																	

- (注) 1 受給者証を添えてください。
2 ※印の欄は、記入しないでください。

(喪失理由が所得制限超過である場合に記入)

大府市長 殿				
同 意 書				
後期高齢者福祉医療費受給者証の資格喪失に係る事実についての審査に関する事務手続を処理するために限って、地方税関係情報を取得することに同意します。				
同 意 者	ふりがな 氏 名	続柄	生年月日	住 所
				<input type="checkbox"/> 申請者と同居
				<input type="checkbox"/> 申請者と同居
				<input type="checkbox"/> 申請者と同居
※同意する者が自ら署名を行うこと。 ※代理人が同意書に署名する場合、本人の委任状をとること。 ※同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載すること。				