

(別紙様式 4)

上越市精神障害者入院医療費助成認定資格喪失届

令和 年 月 日

(宛先) 上越市長

届出者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり、精神障害者入院医療費助成の認定要件を喪失したので届け出ます。

受給資格者	フリガナ	生年月日	年 月 日
<p>受給資格がなくなった理由(該当する番号を○で囲んでください。)</p> <p>1 退院したため</p> <p>2 他市町村へ転居したため (転居先住所 :)</p> <p>3 受給資格者が死亡したため</p> <p>4 所得制限を超えたため</p> <p>5 その他(具体的に書いてください)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
理由が発生した日	年 月 日		

※記載された個人情報は、上越市精神障害者入院医療費助成に関する業務以外には使用しません。