

第5号様式（第8条関係）

上越市精神障害者入院医療費助成認定資格喪失届

年 月 日

（宛先）上越市長

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。

フリガナ						生年月日		年 月 日				
認 定 者												
個 人 番 号												
喪 失 理 由	（該当する□にレ点を記入し、変更内容を記入してください。） ☐市外に転居したため （転居先住所： ） ☐退院したため ☐認定者が死亡したため ☐所得制限を超えたため ☐その他（変更内容を具体的に記入してください。）											
理 由 が 発生した日	年 月 日											