

★ 記入例

精神障害者医療費受給資格変更(喪失)届

提出日

令和 8年 4月 23日

君津市長 様

住 所 君津市久保2丁目13番1号

届出人 氏 名 君津 太郎

対象者との続柄 本人

電話番号 0439-56-1148

対象者	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ	生年月日	大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 平成 令和 56年7月8日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ	個人番号	

次のとおり変更(喪失)したので届け出ます。

対象者氏名	新	
	旧	
対象者住所	新	
	旧	
保護者氏名	新	
	旧	
保護者住所	新	
	旧	
医療保険	新	
	旧	
資格喪失理由	精神障害者医療費給付制度を利用しないため	
変更等の年月日	令和 8年 4月 23日	
摘 要	提出日	