

人工透析通院助成費受給資格喪失届

受給資格者		住所	胎内市
生年月日	年	月	日(歳)
1 資格喪失事由 (1) 人工透析を受ける必要がなくなったため。 (2) 施設等(病院含む。)に、入所(入院)したため。 (3) その他(具体的事由)			
2 資格喪失事由発生年月日 年 月 日			

上記のとおり受給資格を喪失したので届け出ます。

年 月 日

届出者

住所 胎内市

氏名

(受給者との続柄)

(あて先)胎内市長

(注) 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。