

様式第4号(第9条関係)

人工透析通院助成費受給資格喪失届

受給資格者		生年月日	年	月	日
住 所	村上市				
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) 医療機関又は特別養護老人ホームに、入院又は入所したため。 (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 村上市

氏 名

印

(受給者との続柄)

村 上 市 長 様

(注) 届出事項の該当する番号を で囲んでください。