

日の出町指定疾病医療費助成認定資格喪失届

年 月 日

日の出町長 様

届出者 住 所
氏 名 (印) 続柄()
電話番号 ()

下記のとおり届出をします。

認 定 者	認定証番号			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 - 電話番号 ()		

喪失年月日	年 月 日
-------	-------

資格喪失の理由
1 町外へ転出した
2 70歳到達
3 生活保護法の医療扶助を受けるようになった
4 死亡
5 その他

注 日の出町指定疾病医療費助成認定証を添付してください。