

様式第 6 号

佐倉市難病者等見舞金受給資格喪失届出書

(宛先) 佐倉市長

年 月 日

<届出人>

氏 名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
難病者等との関係 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

以下の者が佐倉市難病者等見舞金の受給資格を喪失したことを届け出ます。

受給資格者	氏名	電話番号
	住所	
難病者等	氏名	電話番号
	住所	
受給資格喪失理由 理由 ( )	1. 難病者等が死亡したため 2. 難病者等が佐倉市に住所を有しなくなったため 3. 難病者等が医療受給者証の交付を受けなくなったため 4. 小児慢性特定疾病児童等が 20 歳に達したため 5. その他 ( )	
受給資格喪失年月日	年 月 日	