

記入例

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

平成〇〇年 〇月 〇日

<届出人>

氏名 佐倉 市子

住所 千葉市中央区〇〇

難病者等との関係 本人

電話番号 043-〇〇〇-〇〇〇〇

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 佐倉 市子	電話番号 043-484-〇〇〇〇
	住所 佐倉市海隣寺町〇〇	
難病者等	氏名 同 上	電話番号 同 上
	住所 同 上	
受給資格喪失理由 理由 (2)	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	平成〇〇年 〇月 〇日	

1から4に喪失理由がない場合のみ、5. その他のカッコ内に理由を記入してください。

市外転出の場合は住民票上の転出日、死亡した場合は死亡日で記入してください。