

様式第 4 号（第 11 条関係）

年 月 日	
嬭恋村長 様	
届出者 住所 嬭恋村大字 氏名	
難病患者見舞金受給資格喪失届	
次の理由により、受給資格を喪失したので届出ます。	
患者氏名	
資格喪失の理由	<input type="checkbox"/> 受給者が嬭恋村に住所を有しなくなったため <input type="checkbox"/> 受給者が保護者でなくなったため <input type="checkbox"/> 病気が治ゆしたため <input type="checkbox"/> 死亡したため <input type="checkbox"/> その他（ ）
資格喪失 年 月 日	年 月 日

注 資格喪失の理由欄中該当する□にレ印を記入してください