

様式第3号(第9条関係)

年 月 日

阿見町長 殿

申請者 住 所
氏 名

阿見町難病患者福祉手当受給資格等内容変更(喪失)届

下記のとおり難病患者福祉手当受給資格の変更(消滅)があったので届け出ます。

記

フリガナ 受給者氏名			生年 月日	年 月 日
医療受給者証 番 号		※受給者証2行目の番号 号		
消 滅		1 転 出 2 治 癒 3 死 亡 4 その他()		
変 更		変更前	変更後	
	1 氏 名			
	2 住 所			
	3 そ の 他 ()			
上記理由が発生した 日		年 月 日		

※「消滅・変更」の欄は、該当する番号を○で囲んで必要な事項を記入して下さい。