

別記様式第 5 号(第 8 条関係)

矢板市難病患者等福祉手当受給資格喪失届

年 月 日

矢板市長 様

申請者住所
氏名
(患者との続柄)

次のとおり受給資格がなくなったのでお届けします。

難病患者等	氏 名	
	住 所	
受給資格がなくな った理由	1 治癒 2 症状の改善 3 年齢制限該当 4 転出 5 死亡 6 治療の中断 7 現況届未提出 8 その他()	
理由発生年月日	年 月 日	