

人工透析患者通院交通費補助金受給資格喪失届

年 月 日

三春町長 様

住 所
届出人 氏 名 ⑩
電話番号

次のとおり、補助金の受給資格を喪失するので、届け出ます。

受給資格者	氏 名	
	住 所	
喪失理由の発生年月日		年 月 日
受 給 資 格 の 喪 失 理 由 ※該当する理由の番号を○で 囲み、かっこ内に理由を記 入してください。		1 他 の 市 町 村 へ 転 出 （ 転 出 先 ） 2 医 療 機 関 へ 入 院 （ 医 療 機 関 名 ） 3 死 亡 4 そ の 他 （ ）