様式第10号(第7条関係)

|  |
| --- |
| 人工透析患者通院交通費補助金受給資格喪失届年　　月　　日　　田村市長　様住所　　　　　　　　　届出人　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞　　次のとおり、補助金の受給資格を喪失したので届け出ます。 |
| 受給資格者 | 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 喪失事由の発生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 受給資格喪失理由該当する番号を○で囲んでください。 | 　1　他の市町村へ転出　　　（転出先　　　　　　　　　　　　　　　　）　2　医療機関への入院　　　（医療機関名　　　　　　　　　　　　　　）　3　死亡　4　その他　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |