第４号様式（第８条）

指定難病見舞金受給資格消滅届

　　　　年　　　月　　　日

(あて先)酒々井町長

住　　所

届出者

氏　　名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（療養者との続柄　　　　　）

　次のとおり指定難病見舞金の受給資格が消滅しましたので、酒々井町指定難病見舞金支給規則第８条の規定により届けます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 療養者氏名 |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 受給資格  消滅の理由 |  | | |
| 受給資格  消滅年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 備考 |  | | |