

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 (印)
(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			