

様式第7号(第8条関係)

年 月 日

浜田市長 様

住所  
届出人  
氏名 印  
(助成対象者との続き柄 )

人工透析患者・精神障害者通院交通費助成資格喪失届

浜田市人工透析患者及び精神障害者通院交通費助成金交付要綱第8条の規定に基づき、次のとおり、資格を喪失しましたので届け出ます。

助成対象者	氏名
	住所 浜田市 町 番地
資格喪失事由	
資格喪失事由発生年月日	年 月 日
※認定年月日等	年 月 日 第 号 認定

※欄には、記入しないでください。