

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
(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。