

第5号様式（第9条）

特定疾患見舞金受給資格消滅届

年 月 日

（あて先）印西市長

住 所

申請者

氏 名

受給者 は、次のとおり受給資格がなくなりましたのでお届けいたします。

療養者氏名		病名	
受給権消滅年月日	年 月 日		
受給権消滅理由	1 治ゆ 2 死亡 3 市外転出 住所 電話 4 その他（理由）		
口座変更	有 無	銀行 金庫 農協	支店 普通 口座番号 _____ 支店 フリガナ 支所 氏名