

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

印西市長 様

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	銀行	支店 普通 No. _____
		金庫	支店 ふりがな
	無	農協	支所 氏名