

様式第5号（第6条関係）

難病患者見舞金受給資格喪失届

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

届出者 住所
氏名
電話番号
受給者との続柄（ ）

難病患者見舞金の受給資格を喪失したので、ふじみ野市難病患者見舞金支給要綱第6条第2項又は第3項の規定により下記のとおり届け出ます。

記

受給者	住 所			
	ふりがな 氏 名	生年月日	年	月 日
理 由	1 市内に住所を有しなくなった。 2 死亡した。 3 県医療受給者証の交付を受けなくなった。 4 その他（ ）			
資格喪失年月日	年 月 日			