

第4号様式

指定難病等見舞金受給資格喪失・支給停止届

年 月 日

(あて先) 成田市長

届出人 住 所
氏 名
療養者との続柄
電話番号

指定難病等見舞金の受給資格を喪失し、又は指定難病等見舞金の支給の停止事由に該当したので、次のとおり届け出ます。

療 養 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
事 由	<input type="checkbox"/> 療養者が転出したため。 <input type="checkbox"/> 療養者が18歳に到達したため。 <input type="checkbox"/> 療養者が治癒したため。 <input type="checkbox"/> 療養者が死亡したため。 <input type="checkbox"/> 療養者が施設に入所したため。 <input type="checkbox"/> 交付された受給者証の有効期間内にその提出がないため(入院等特別な事情があったと市長が認める場合を除く。) <input type="checkbox"/> 福祉手当を受給しているため。 <input type="checkbox"/> その他 ()	
事由発生年月日	年 月 日	