様式第7号（第8条関係）

心身障害者医療費、通院費等助成資格喪失届

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者 |  |
| 住所 | 日南町　　　　　　　　　　　番地 |
| 喪失年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 喪失した理由 |  |

上記のとおり喪失しましたので届出ます。

年　　月　　日

日南町長　　　　様

届出人　住所　日南町　　　　　番地

氏名　　　　　　　　　　印

（受給者との続柄　　　　　　）