第３号様式（第１０条関係）

年　　月　　日

（宛先）新発田市長

届出者
住　所　新発田市

氏　名

連絡先

（助成対象者との続柄　　）

人工透析等通院費助成資格喪失届

次のとおり、通院費の助成資格を喪失したので届け出ます。

助成対象者		生年月日	年　　月　　日
住所	新発田市		

１　資格喪失事由

⑴　助成対象者が死亡したため

⑵　人工透析等を受ける必要がなくなったため

⑶　施設に継続して１月以上入所したため

⑷　その他（具体的事由　　）

２　資格喪失事由発生年月日

年　　月　　日

（注）　資格喪失事由の該当する番号を○で囲んでください。

助成対象者の死亡により、申請時と異なる口座に振込みを希望される場合のみ記入してください。

振　込　先	銀行・信金・労金 信組・農協	本店 支店	
口座種別	普通　・　当座	口座番号	
口座名義人	(フリガナ)		