様式第５号（第８条関係）

大田原市人工透析者通院燃料費助成資格喪失届

年　　月　　日

　　大田原市長　　様

届出者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

　大田原市人工透析者通院燃料費助成事業実施要綱第９条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 資格喪失日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 資格喪失理由 |  |