

様式第3号（第7条関係）

我孫子市特定疾病療養者見舞金受給資格等変更（喪失）届出書

年 月 日

我孫子市長 あて

住 所

届出者 氏 名

療養者との続柄

次のとおり受給資格等に変更があった（受給資格を喪失した）ので、届け出ます。

療養者	住 所				
	氏 名				
変更内容	事 項	変 更 前		変 更 後	
	フリガナ				
	氏 名				
	住 所				
	病 名				
	振込口座	銀 行	本 店	銀 行	本 店
		信用金庫	支 店	信用金庫	支 店
		信用組合	支 所	信用組合	支 所
		農 協	出張所	農 協	出張所
		普通・当座 口座番号		普通・当座 口座番号	
	口座名義（カタカナ）		口座名義（カタカナ）		
そ の 他					
変更年月日	年		月	日	
受給資格喪失	理 由 (該当する番号 に○を付けて ください。)	1 療養者が死亡したため 2 療養者が我孫子市に住所を有しなくなったため 3 療養者が受給者証の交付を受けなくなったため 4 小児慢性特定疾病療養者が資格を喪失したため 5 登録を辞退するため 6 その他（ ）			
	喪失年月日	年		月	日