

様式第3号(第8条関係)

年 月 日

内子町長 様

住所 内子町

申請者

氏名

(区) ☎ —

㊟

通院交通費受給資格消滅届

内子町人工透析患者通院交通費助成要綱第8条の規定により、受給資格が消滅いたしましたので届け出ます。

記

氏 名	住 所	内子町	番地
理 由 いずれかを○ で囲むこと。	1 町外へ転出した。 2 死亡 3 長期入院となった。 4 その他 ()		