

柏市特定疾病療養者見舞金資格喪失届出書

年 月 日

柏市長

あて

申請者

住 所

氏 名

登録者との続柄 ()

Tel ()

下記のとおり登録者の資格が喪失したので届け出ます。

登 録 者	フリガナ		生年	年 月 日
	氏 名		月日	
	住 所			
資格喪失 理 由	1 死 亡 2 市外に転出 3 辞 退 4 治 癒 5 支給要件非該当 6 その他 ()			
事由発生年月日	年 月 日			
振 込 先	金 融 機 関 名	銀 行	支 店	
		貯蓄		
	口 座 番 号	普 通		
	(フリガナ) 口 座 名 義			

※振込口座に変更がなければ振込先は記入不要です。ただし、口座を解約した場合や口座名義人が死亡した場合などは、必ずご記入ください。

※ただし、当該年度の支給対象者で、12月31日までに転出や亡くなられたかた、治癒されたかたへの支給はされませんのでご注意ください。