特定疾病り患者扶助料消滅届受　給　権　消　滅　届

 　年　　月　　日

　　　大府市長　殿

届出者（本人又は保護者）

住　所

氏　名

　　下記のとおり特定疾病り患者扶助料を受ける権利がなくなったので届出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| り　患　者 | 住所 |  |
| ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
|  |
| 支給開始年月日 | 年　　月 | 認定番号 | 第　　　　　　号 |
| 失権年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 失権の理由 | １　死亡した。２　本市に居住しなくなった。３　住民基本台帳に記録されなくなった。４　特定疾病り患者でなくなった。５　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |