

特定疾患通院交通費助成要件変更(喪失)届

認定を受けている者	しめい 氏名				電 話		
	生 年 月 日	明・大・昭・平	年	月	日	性 別	男・女
	住 所	遠軽町					年 齢
特定疾患名							
助成要件の変更	変 更 事 由	1 住 所 2 氏 名 3 振込先 4 その他					
	変 更 年 月 日	平成 年 月 日					
	変 更 後 の 内 容						
助成要件の喪失	喪 失 事 由	1 死亡 2 転出 3 生活保護の受給 4 病状の軽快 5 その他					
	喪 失 年 月 日	平成 年 月 日					
	振 込 先 の 変 更	変更あり(下記に記入) ・ 変更なし					
	振込希望金融機関名 (郵便局以外の金融機関)		支店名			口座番号	
					ふりがな 口座名義		

上記のとおり、通院交通費助成要件の 変更 ・ 喪失 について届け出ます。

平成 年 月 日

遠 軽 町 長 様

届出者 住所

氏名

印

(記名・押印に代えて、署名することができます。)