

様式第4号（第7条，第9条関係）

年 月 日

つくば市長 宛て

届出者 住所

氏名

⑩

難病患者との続柄

難病患者福祉金受給資格者異動(消滅)届

次のとおり，難病患者福祉金受給資格者の異動(消滅)があったので届け出ます。

フリガナ 受給者氏名		生年月日	年 月 日
変更		変更前	変更後
	1 氏名		
	2 住所		
	3 その他 ()		
消滅理由	1 転出 2 死亡 3 生活保護法による扶助の開始 4 治癒又は医療費の助成を受けなくなった		
上記の理由が発生した日	年 月 日		

※ 「変更・消滅」の欄は，該当する番号を○で囲んで必要な事項を記入してください。