

様式第5号（第5条関係）

難病患者等福祉手当受給資格喪失届

難病患者等	氏名	
	住所	壬生町
受給資格がなくなった理由		
理由が発生した日	令和 年 月 日	

上記のとおり、手当を受ける資格がなくなりましたので届けます。

令和 年 月 日

壬生町
氏名

壬生町長 様

決 裁	課長	係長	係	受 理	・	・
				起 案	・	・
				決 裁	・	・