

様式第5号(第8条関係)

人工透析患者通院交通費受給資格喪失届出書

年 月 日

登米市長

住所

氏名

印

下記のとおり、人工透析患者通院交通費助成の資格がなくなりましたので  
届け出ます。

記

1 対象者 住所  
氏名

2 資格喪失年月日 年 月 日

3 資格喪失理由

口座振込依頼書			
通院交通費の助成金を下記の口座に振込みを依頼します。			
氏名			
住所			
金融機関名	銀行・農協		支店
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

様式第6号(第10条関係)

人工透析患者通院交通費助成変更届出書

年 月 日

登米市長

住所

氏名

印

下記のとおり登録申請事項に変更がありましたので届け出ます。

記

1 対象者 住所  
氏名

2 異動事項  
(変更後)

(変更前)

3 異動年月日

年 月 日