

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