

様式第7号(第10条関係)

本巢市高齢者紙おむつ購入費助成券利用資格喪失届

年 月 日

本巢市長 様

届出者

住 所		
ふりがな		
氏 名		
電話番号	()	—
対象者との続柄	本人・()	

下記のとおり、本巢市高齢者紙おむつ購入費助成の資格喪失を届けます。

記

ふりがな		
対象者氏名		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
住 所	本巢市	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
生年月日	年 月 日	
喪失年月日	年 月 日	
喪失理由		

※未使用の助成券がある場合は、助成券を添付してください。