

受給資格喪失届

年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者) 住 所  
氏 名  
続 柄  
電話番号 ( ) -

次のとおり、肝炎治療特別促進事業に係る資格の喪失を届け出ます。

ふりがな 受給者氏名		性別	
住 所			
受給者番号			
受給資格喪失 年月日	年 月 日		
事 由	1 県外転出 (転出先都道府県名： 転出予定月日： ) 2 死 亡 3 認定基準に非該当 4 その他 ( )		
備考欄			

(注意事項)

- 1 治療受給者証を添付してください。
- 2 県外へ転出の場合は、治療受給者証の写しを受給者へ渡してください。
- 3 受付後に書類の不備等でご連絡が必要な場合は電話にてご連絡いたします。