

別記様式第5号(第6条関係)

特定患者福祉手当受給資格喪失届

特定患者	氏 名	
	住 所	芳賀町大字
受給資格がなくなつた理由		
理由が発生した日	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、芳賀町特定患者福祉手当支給条例施行規則第6条に基づき届けます。

年 月 日

住 所
届出者
氏 名



芳賀町長 様