

第5号様式（第9条・第10条）

浦安市難病者見舞金変更・資格喪失届

年 月 日

（宛先）浦安市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号  
難病者との続柄

次のとおり申請事項を変更し、又は受給資格がなくなりましたので、浦安市難病者見舞金支給規則第9条・第10条の規定により、届け出ます。

難病者氏名		生年月日	年 月 日
変更 内容	変更前		
	変更後		
資格喪失 の事由		<input type="checkbox"/> 難病者が死亡したため <input type="checkbox"/> 千葉県特定医療費（指定難病）受給者証等の対象外となったため <input type="checkbox"/> 市外に転出したため <input type="checkbox"/> 次のいずれかの手当を受給することとなったため (1) 障害児福祉手当 (2) 特別障害者手当 (3) 重度心身障がい者手当 (4) 特別児童扶養手当 (5) 心身障がい児手当 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
申請事項の 変更又は 資格喪失の あった年月日			