

様式第 7 号（第 1 0 条関係）

通院交通費補助金受給資格喪失届		
年 月 日		
北塩原村長 様		
届出人 住 所		
氏 名		
(電話番号)		
次のとおり、補助金の受給資格を喪失するので届け出ます。		
受給資格者	氏 名	
	住 所	上記のとおり（届出人と同じ場合は○で囲む）
喪失理由の発生年月日		年 月 日
受給資格の喪失理由 該当する理由の番号を○で囲んでください	1 受給者が死亡した 2 村の区域内に住所を有しなくなった 3 医療機関へ入院した（医療機関名 ） 4 月額に通院費が5,000円以下となった 5 その他（ ）	