|  |
| --- |
| 福祉サービス受給者喪失届 |
| 令和　　年　　月　　日　 |
| 美作市長　　　　　　　　　様 |
| 申請者 | 住所 |
|  | 氏名　　　　　　　　　　㊞ |
|  |
|  | 対象者 | 氏　　　　　名 | 性別 | 生年月日 | 受給資格証番号 |  |
|  | 男・女 | ＭＴＳＨ | 　年 　月　 日 |  |  |
| 資格喪失の理由 |  |  |
| 資格喪失年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |  |
|  |

（注）　受給資格証を添えて提出してください。