様式第15号(第9条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉医療に関する資格喪失届 | | | | | |
| 助成対象者 | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 居住地 |  | | | |
| 医療証(資格証)受給者番号 | |  | | |
| 資格喪失事由 |  | | | | |
| 資格喪失事由発生年月日 | 年　　月　　日 | | | | |
| 上記のとおり資格を失いましたので届け出ます。  　このことにより医療証(資格証)は、返還します。  　　　　　　年　　月　　日  住所  届出人  氏名  (助成対象者との続柄　　　　　　　)  　　出雲市長　　　　様 | | | | | |