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 |