

第8号様式(第8条関係)

<p>介護用品支給資格喪失届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>清須市長 様</p> <p style="text-align: right;">届出者 住所 氏 名 ㊟</p> <p style="text-align: right; color: red;">※自署した場合、押印は不要です。</p> <p>次のとおり資格を喪失したので届けます。</p>			
対象者	住所	清須市	
	氏名		電話 年 月 日
資格喪失年月日		年 月 日	
資格喪失理由		<p>1 死亡した</p> <p>2 清須市に居住しなくなった</p> <p>3 その他()</p>	
利用券番号		No.	返納枚数 枚
備考			