

様式第8号

令和 年 月 日

保険適用外はり、きゅう、マッサージ施術料助成資格喪失届

(あて先) 宇都宮市長

届出者 住所 宇都宮市

氏名

続柄 ( )

次のとおり、助成資格を喪失しましたので、宇都宮市保険適用外はり、きゅう、マッサージ施術料助成要綱第11条の規定により届出します。

助成 対象者	住所	宇都宮市 電話 ( )		
	氏名		明治・大正 昭和・平成	年 月 日生
喪失の理由 (該当する□にV印を入れてください。)				
1. <input type="checkbox"/> 死亡				
2. <input type="checkbox"/> 転出				
3. <input type="checkbox"/> 入院				
4. <input type="checkbox"/> 入所				
5. <input type="checkbox"/> 回復				
6. <input type="checkbox"/> その他				
令和 年 月 日 事由発生				

※ 下記の欄は記入しないでください。

受付年月日	令和 年 月 日	処理欄	
-------	----------	-----	--