

年 月 日

(宛先) 野田市長

届出者 住 所
氏 名

受給者 住 所
難病患者氏名
保護者氏名

野田市難病患者援助金受給資格消滅届

次のとおり届け出ます。

消滅理由		消滅年月日
1	難病患者又は保護者が市内に住所を有しなくなった。	年 月 日
2	難病患者が特定医療費(指定難病)受給者証、千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは特定疾患医療受給者証を所持しなくなったとき又は医師による治療の必要がなくなった。	年 月 日
3	難病患者の死亡	年 月 日
4	その他 ()	年 月 日