

様式第5（第6条関係）

鹿児島市人工呼吸器・酸素濃縮器使用電気料助成資格喪失届

年 月 日

鹿児島市長 殿

住 所

届出人

氏 名

助成対象者との続柄（ ）

電話番号

次のとおり助成資格を喪失したので届け出ます。

受給対象者	フリガナ 氏 名	生年月日			
	住 所			認定番号	第 号
<p>助成資格喪失の事由</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 受給対象者が死亡した。 2 受給対象者が施設等に入所した。 3 受給対象者が病院等に2月を超えて入院した。 4 受給対象者が市内に居住しなくなった。 5 受給対象者が人工呼吸器又は酸素濃縮器を使用しなくなった。 6 受給対象者の障害の程度が該当しなくなった。 7 その他（ ） 					
上記の事由 が生じた日		令和 年 月 日			
転出先住所		県 市 町 番地 郡 丁目 番 号 方書（ ）			
備 考					