

## 福岡市在宅人工呼吸器使用患者支援事業受給資格喪失届

年 月 日

(あて先) 福岡市長

(届出者) 住 所

氏 名

受 給 者  
と の 続 柄

電 話 番 号

ふりがな			
受給者氏名		特定医療費 受給者番号	
受給資格 喪失年月日	年 月 日		
喪失事由	1 市外転出 2 死 亡 3 その他  ( )		
(備考欄)			