年　　月　　日

　青森県知事　殿

住所　〒

届出者

氏名

要支援者との関係

電話番号

登録者証（指定難病）資格喪失届出書

　下記の事由により、登録者証の資格を喪失したので届出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 |  |
| 受診者(患者)氏名 |  |
| 資格喪失事由 | １　資格の証明を必要としなくなった。２　死亡した。３　その他 |
| 資格喪失年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |

留意事項

書面で登録者証を交付されている場合は、登録者証を添付してください。