第１０号様式（第１４関係）

　 年　 月 　日

青森県知事　　　　　　　　 殿

住　所

届出者 氏 名

受給者との続柄

肝炎治療受給資格喪失届

下記のとおり、肝炎治療受給資格を喪失したので届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 |  |
| 受給者氏名 |  |
| 資格喪失の理由（右欄の該当するものを○で囲んでください。） | 治癒 死亡 県外転出 その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 資格喪失の年月日 |  　年 　月 　日 |