様式第８号(第13条関係)

介護タクシー通院等助成事業資格喪失届

年　　月　　日

　玄　海　町　長　様

利用者又はその家族

住所

氏名

　玄海町介護タクシー通院等助成金交付要綱第13条の規定により，下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 資格喪失理由 | １　死亡２　施設入所３　一般の交通機関を利用できるようになった　４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 資格喪失年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 未使用の助成券 | 　　　　　　　　枚 |

* 未使用の玄海町介護タクシー通院等助成券を添付してください。