

様式第3号(第5条関係)

在宅重度心身障害者手当受給資格喪失届

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

住 所  
届出者 氏 名  
(受給者との続柄 )

在宅重度心身障害者手当の受給資格を喪失したので、ふじみ野市在宅重度心身障害者手当支給条例施行規則第5条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

受給者	住 所	
	氏 名	
受給資格の喪失理由		
資格喪失年月日	年	月 日