様式第3号(第4条関係)

　　年　　月　　日

　　身延町長　　　　様

届出者　氏名　　　　　　　　　　㊞

(受給者との続柄)

心身障害児福祉手当受給事由消滅届

　受給資格の事由が消滅したのでお届けします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 身延町心身障害児福祉手当証書番号 | | 第　　　　　　　　　　号 |
| 受給資格の消滅の理由 | |  |