

様式第3号(第4条関係)

年 月 日

中央市長 様

申請者 住 所
氏 名

保護者 住 所
氏 名

心身障害者(児)福祉手当受給事由消滅届

中央市心身障害者(児)福祉手当の受給について、中央市心身障害者(児)福祉手当支給条例第7条第2項の規定により届け出ます。

1 該 当 者 名 _____
 該 当 者 住 所 _____
 生 年 月 日 M ・ T ・ S ・ H ・ R 年 月 日

2 消 滅 理 由

1) 死 亡 (年 月 日)

2) 条例第3条非該当 ()

3) そ の 他 ()

※資格の種類

身体 (1級・2級・3級・4級・5級・6級)

療育 (A ・ B)

精神（1級・2級）

障害年金（１級・２級）