

様式第4号(第5条関係)

年　月　日

阿見町長 殿

受給者 住 所
氏 名

在宅心身障害児福祉手当支給資格喪失届

下記のとおり在宅心身障害児福祉手当の受給資格がなくなりましたのでお届けします。

記

障害児住所	
氏名	
受給資格 がなくなった 理由	
理由が発生 した日	令和 年月日