

第 4 号様式

(用紙規格 JIS B5)

松戸市心身障害児福祉手当失権届

年 月 日

松戸市長様

受給者氏名

私は、次のとおり手当の支給を受ける権利がなくなりましたので、松戸市心身障害児福祉手当支給条例施行規則第 5 条の規定によりお届けします。

決定通知書番号		第	号
受給者	住所	松戸市	番地
	氏名		
心身障害児	住所	松戸市	番地
	氏名		
失権の理由	1 保護者が他の市町村に居住した。 2 心身障害児が死亡した。( 年 月 日死亡) 3 心身障害児でなくなった。 4 その他( )		
失権年月日	年 月 日		

(注) 「失権の理由」の欄は 1~4 のいずれかを○印でかこんでください。