

重度心身障害者（児）介護手当受給資格喪失届

|              |       |       |  |
|--------------|-------|-------|--|
| 氏名           |       | 受給者番号 |  |
| 住所           |       |       |  |
| 受給資格がなくなった理由 |       |       |  |
|              |       |       |  |
|              |       |       |  |
|              |       |       |  |
|              |       |       |  |
|              |       |       |  |
| 受給資格がなくなった日  | 年 月 日 |       |  |

上記のとおり、重度心身障害者（児）介護手当の受給支給がなくなりましたので届出をします。

年 月 日

加古川市長 様

住 所

氏 名