様式第5号(第4条関係)

年　　月　　日

十日町市長　様

受給者

住　所

氏　名

重度心身障がい児者介護手当受給資格消滅届

下記の理由のため、十日町市重度心身障がい児者介護手当受給資格が消滅したのでお届けします。

記

1　消 滅 理 由

2　消滅年月日　　年　　月　　日