

日高市在宅重度心身障害者手当受給資格喪失届出書

年 月 日

(あて先) 日高市長

届出者 住 所  
氏 名  
電話番号

日高市在宅重度心身障害者手当の受給資格を喪失したので、次のとおり届け出ます。

記

- 1 受給資格者  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_
  
- 2 喪失理由
  
- 3 喪失年月日 \_\_\_\_\_年 月 日