様式第4号(第6条関係)

いの町心身障害児福祉年金受給資格喪失届

　　年　　月　　日

　　いの町長　　　　様

住所

氏名　　　　　　　　　　印

　下記のとおりいの町心身障害児福祉年金の受給資格を喪失しました。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 支給決定番号 | 　 |
| 受給者 | 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 心身障害児氏名 | 　 |
| 資格喪失年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 資格喪失の理由 | 1　心身障害児が　ア　満20歳に達した　イ　障害が軽減し、該当しなくなった　ウ　死亡した　エ　町外に転出した　オ　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)2　受給者が　ア　心身障害児を監護しなくなった　イ　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |