

第3号様式(第7条関係)

知的障害児者手当資格喪失(変更)届

年 月 日

阿賀野市長 様

対象者又は扶養義務者

住所

氏名

(対象者との続柄： )

以下のとおり届け出いたします。

障害者(対象者)	氏名		生年 月日	年 月 日
	住所		電話 番号	
資格喪失(変更)理由				
資格喪失(変更)年月日		年 月 日		