第3号様式(第7条関係)

知的障害児者手当資格喪失届

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 |  |
| 資格喪失理由 | |  | | |
| 資格喪失年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |