

第6号様式（第6条関係）

富士宮市重症心身障害児童扶養手当資格喪失届

年 月 日

富士宮市長 宛

住 所

届出者 氏 名

電話番号

下記のとおり富士宮市重症心身障害児童扶養手当を受ける資格がなくなったので、届け出ます。

記

受給資格者	住 所		
	氏 名		
対 象 児 童	氏 名		年 月 日生
受給資格がなくなった理由	1 対象児童が20歳に達する 2 対象児童が死亡した 3 対象児童が施設入所した 4 対象児童の障害状況が好転した 5 受給者が富士宮市に住所を有しなくなった 6 その他 ()		
理由の発生した年月日	年 月 日		