

令和 年 月 日

### 小平市心身障害児福祉手当受給資格消滅届

小平市長 殿

下記の理由のため、小平市心身障害児福祉手当受給資格が消滅したので、届け出ます。

記

受給者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	小平市
	連絡先	電話 ( ) 携帯 ( )
対象児童氏名		
消滅年月日		令和 年 月 日
消滅理由	<input type="checkbox"/> 転出	転出先住所
	<input type="checkbox"/> 児童育成手当受給	受給開始日 令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 障害状況による	変更内容
	<input type="checkbox"/> 死亡	受給者 ・ 対象児童
	<input type="checkbox"/> その他	理由

受付

--