

様式第5号(第4条関係)

| | | | |
|----|---|---|---|
| 届出 | 年 | 月 | 日 |
|----|---|---|---|

災害遺児手当受給資格消滅届

岩見沢市長 様

| | | |
|----------------------------------|-----|------|
| 認 定 番 号 | | 第 号 |
| 申 請 者 (保 護 者) | 住 所 | 岩見沢市 |
| | 氏 名 | |

岩見沢市災害遺児手当受給資格が下記のとおり消滅したので届けます。

| | |
|-------------|---|
| 消 滅 理 由 | (1) 死亡したとき。 (2) 本市に居住しなくなったとき。 (3) 対象者がいなくなったとき。 (4) その他 |
| 消 滅 年 月 日 | 年 月 日 |
| そ の 他 の 理 由 | |