

受給資格喪失届

年 月 日

美浜町長 様

届出者	住所
	氏名
	電話番号
	受給者との続柄

下記のとおり資格証を添えて届出します。

資格証区分	<input type="checkbox"/> 乳幼児・子ども <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 重心児者 <input type="checkbox"/> 重心後期
受給者名	
喪失事由	<input type="checkbox"/> 死亡のため（死亡日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 転出のため（転出日 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他（理由）
喪失年月日	年 月 日

証返還 令和 年 月 日