|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　（宛先）高松市長  保護者の住所・氏名を記入  ※押印は不要です。  届出人  住所  氏名　　　　　　　　　　印  障害児福祉金失権届  市民福祉金失権届 | | | | | |
| 年　　月　　日付けで、障害児福祉金の支給の決定の通知を受けましたが、高松市障害児福祉金支給条例第７条の規定に該当するため、高松市障害児福祉金支給条例施行規則第６条の規定により、届けます。 | | | | | |
|  | 支給の決定を受けている者 | 住所 |  | |  |
|  | 氏　　　　　名 | | 生　年　月　日 |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | | 不明の場合は、空欄  不明の場合は、空欄 |  |
|  | 失権した日 | 年　　　月　　　日  不明の場合は、空欄  不明の場合は、空欄 | | |  |
|  | 失権の理由 | １　高松市に住所を有しなくなった。  該当する理由を○で囲む  該当する理由を  ○で囲む  ３　その他 の場合は( )に詳細を記入  　・治癒による手帳返還  　・２０歳到達  　・等級変更 ３→４級　など    ３　その他 の場合は( )に詳細を記入  　・治癒による手帳返還  　・２０歳到達  　・等級変更 ３→４級　など    該当する理由を  ○で囲む  該当する理由を  ○で囲む  該当する理由を  ○で囲む  ２　死亡した。  ３　その他  　（　　　　　　　　　　　　　　　　）  **３　その他**の場合は（　　　）に詳細を記入  　・治癒による手帳返還  　・等級変更　３→４級　など | | |  |
|  | | | | | |

わからない場合は、

そのままでお願いします。

３　その他 の場合は( )に詳細を記入

　・治癒による手帳返還

　・２０歳到達

　・等級変更 ３→４級　など

３　その他 の場合は( )に詳細を記入

　・治癒による手帳返還

　・２０歳到達

　・等級変更 ３→４級　など

３　その他 の場合は( )に詳細を記入

　・治癒による手帳返還

　・２０歳到達

　・等級変更 ３→４級　など