|  |
| --- |
| 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