

第6号様式(第10条第2項)

浦安市障がい者通所施設交通費受給資格喪失届

年 月 日

浦安市長 様

住 所
届出人 氏 名
受給者との続柄()

次のとおり受給資格がなくなりましたので、浦安市障がい者通所施設交通費助成規則第10条第2項の規定により、お届けします。

受 給 者	氏 名	
	住 所	
資格喪失の理由		
理由が発生した年月日	年	月 日