

様式第2号（第4条関係）

長野市重度心身障害児福祉年金受給資格喪失届書

年 月 日

長野市長 殿

住所
保護者 氏名
連絡先（電話）

長野市重度心身障害児福祉年金の受給資格を喪失したので届け出ます。

1 障害児の氏名

2 受給資格の喪失理由

3 受給資格の喪失年月日 年 月 日