様式第5号(第7条関係)

障害児福祉年金辞退届

　　年　　月　　日

　　瀬戸内市長　様

申請者又は保護者

住所

氏名　　　　　　　　　　印

電話(　　　　)

　瀬戸内市障害児福祉年金の受給を辞退したいので、瀬戸内市障害児福祉年金条例施行規則第7条の規定により届け出ます。

記

障害児　現住所

　　　　氏名