様式第4号(第7条関係)

障害児福祉年金受給権消滅届

　　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受給権が下記のとおり消滅したので、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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害児 | 現住所 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 受給権消滅の理由 | | □　障害児が市外に転出した  □　障害児が死亡した  □　障害児が児童福祉施設、身体障害者施設、知的障害者施設及び精神障害者施設等へ入所した |
| 受給権消滅年月日 | | 年　　月　　日 |

　　添付書類　年金証書