

様式第6号（第9条関係）

年 月 日

美濃加茂市精神障害者小規模作業所等交通費助成受給資格喪失届

美濃加茂市長 宛

申請者住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
電話 \_\_\_\_\_

下記のとおり、美濃加茂市精神障害者小規模作業所等交通費助成受給資格がなくなりましたので届けます。

受給資格者の住所	美濃加茂市
受給資格者の氏名	
資格がなくなった理由	1 本市に居住しなくなった 2 死亡 3 その他
上記理由が生じた日	年 月 日