

柏市障害者交通費助成受給資格失権届

柏市長 太田和美 へ

届出者 住所 _____
氏名 _____
対象者との続柄 ()

次のとおり届出します。

対象者	(フリガナ) 氏名	生年月日	年 月 日
	住所	電話番号 (-)	
	施設等の名称		
失権	1 転出	転出先 :	
		転出年月日 :	年 月 日
	2 死亡	死亡年月日 :	年 月 日
	3 施設入所	施設名 :	
		入所年月日 :	年 月 日
	4 通所終了	終了年月日 :	
5 生活保護受給	受給開始日 :	年 月 日	
6 その他			

対象者本人が口座名義人であって死亡により失権した場合に、失権前の通所分の助成金の支給を受ける場合は、以下に家族等の口座を記入して下さい。

振込み先	金融機関名	銀行	支店
	口座番号	普通	
	(フリガナ) 口座名義		