

柏市障害者交通費助成受給資格失権届

柏市長 秋山 浩保 あて

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		