

年 月 日

瑞穂町長 あて

(下水道使用者)

住 所 瑞穂町 _____

氏 名 _____

お客様番号 _____

瑞穂町心身障害者世帯等下水道使用料助成資格消滅届

瑞穂町心身障害者世帯等下水道使用料助成の資格要件が消滅しましたので、届け出ます。

1 対象者

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日 (歳)

2 消滅理由

<input type="checkbox"/> 死亡	()
<input type="checkbox"/> 転出先	()
<input type="checkbox"/> 施設入所	()
<input type="checkbox"/> その他	()

3 消滅時期

年 月 日
