

心身障害者扶養共済制度掛金補助対象世帯区分等変更届出書

年 月 日

長沼町長

様

住所
届出者
氏名

印

住所又は氏名の変更		新	旧
	受給資格者		
	心身障害者		
補助対象世帯区分の変更	1 生活保護世帯 2 町民税非課税世帯 3 町民税均等のみ 課税世帯 4 町民税所得割課税世帯	1・2・3・4	1・2・3・4
その他の変更			
備考			