

江戸川区 心身障害者福祉手当・難病患者福祉手当  
(申請・受給) 辞退届

どちらかに○をしてください

年 月 日

窓口提出日または  
郵送提出日

江戸川区長 殿

住 所 江戸川区中央1-4-1

申請者名

受給者名

江戸川 太郎

押印

印

電 話

03 ( 5662 ) 0062

生年月日

年 月 日

※下記の1、2のいずれかに○をつけて下さい。

1. 申請辞退届

私は、先に請求した「江戸川区心身障害者福祉手当」の申請を辞退します。

どちらかに○をしてください

2. 受給辞退届

私は、現在受給している「江戸川区心身障害者福祉手当・難病患者福祉手当」の  
受給を 年 月分より辞退します。

何年何月分から辞退するのか記入してください