

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

年 月 日

江戸川区長 殿

住 所 江戸川区

申請者名

受給者名

印

電 話 ( )

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。

**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。