

加入番号	
------	--

脱 退 （ 減 少 ） 届

年 月 日

福 島 県 知 事 様

(加入者)

住 所

氏 名

福島県心身障害者扶養共済制度条例 第 18 条第 1 項第 4 号 の規定により、 年 月 日
第 18 条第 2 項第 1 号

付で 福島県心身障害者扶養共済制度 脱 退
口数追加（一口目・二口目） を 減 少 しますので届けます。

- 添付書類
- 1 福島県心身障害者扶養共済制度加入証書
 - 2 福島県心身障害者扶養共済制度口数追加証書

（口数追加の減少の場合にあつては、
2 の書類だけを添付してください。）

注 該当するものを○で囲んでください。