様式第4号（第4条関係）

　　　　第　号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 心身障害者福祉手当交付金返還通知書 | | | |
|  | 氏名 |  |  |
| 住所 |  |
| 支給年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 支給金額 | 円 |
| 返還金額 | 円 |
| 返還理由 |  |
| 返還納付期限 |  |
| 返還納付場所 |  |
| さきに支給した心身障害者福祉手当については、上記のとおり返還してください。  なお、これに不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して5日以内に、村長に対し審査を請求することができます。  　　　　　　　年　　月　　日  椎葉村長　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　殿 | | | |

整理

番号