様式第６号（第７条関係）

| ※ | 受付年月日 |  | | ※番号 |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 災害遺児手当支給事由消滅届  年　　月　　日  八頭町長　　　　様  氏名　　　　　　　　　　㊞  下記のとおり、支給事由がなくなりましたので届け出ます。 | | | | | |
| 氏名 | | |  | | |
| 住所 | | | 八頭町　　　　　　　　　　　　　　　　番地 | | |
| 支給事由がなくなった理由 | | |  | | |
| 事由が生じた年月日 | | |  | | |