|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 認定番号 | 第　　　　　号 |   本宮市特別支援学校通学支援金受給資格消滅届  年　　月　　日  本宮市長  住所  届出者  氏名　　　　　　　　　　　印  （電話　　　　　　　　　）  次のとおり、特別支援学校通学支援金の受給資格を喪失したので届け出ます。 | | |
| 受給資格者  （保護者） | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 児童名 | |  |
| 喪失理由の発生年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 受給資格の喪失理由  該当する理由の番号を〇で囲み、カッコ内にその理由を記入してください。 | | １　保護者でなくなった。  （理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　本宮市に居住しなくなった又は住所を有しなくなった。  （転出先　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３　通学することをやめた。  （　　　年　　月　　日から通学をしていない）  ４　その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

様式第4号(第3条関係)