様式第2号(第8条関係)

受給権(受給資格)消滅届

　　年　　月　　日

　　福井県知事様

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 住所氏名　　　　　　　　　　　 |
| 受給者との続柄 | 　 |

　下記の受給者は、　　　　年　　月　　日に下記の理由により受給権(受給資格)が消滅したので戸籍謄本と恩給証書を添えてお届けします。

記

1　消滅の理由

2　恩給証書番号

3　受給者住所

4　受給者氏名