

加入番号	
------	--

加入者等脱退(減少)届書

年 月 日

茨城県知事 殿

(加入者)

住所

氏名



茨城県心身障害者扶養共済条例 第18条第1項第4号 の規定により 年
第18条第2項第1号

月 日付けで 心身障害者扶養共済制度 を 脱退 しますからお届けします。
口 数 減少

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

(注)記名押印に代えて署名することができます。