

様式第16号(第16条関係)

修学資金決定番号	第	号
----------	---	---

心 身 故 障 届

年 月 日

福岡県知事 殿

本人又は  
保証人 住 所  
氏 名

※記名押印又は署名

勤務先電話番号

自宅電話番号

下記のとおりでありますので、お届けします。

氏 名	
病 名	
開 始 日	
修学に堪えない程度の故障の状況	

備考 医師の診断書又は心身の故障の状況を証する書類を添付すること。