

加入番号	
------	--

加入者等脱退（口数減少）届書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所 _____

氏 名 _____

福岡県心身障がい者扶養共済制度条例第16条の規定により福岡県心身障がい者扶養
共済制度について、 年 月 日付で 制 度 を 脱 退 しますから
1口目・2口目を脱退
(注)
届け出ます。

(注)口数を減少する場合は、1口目・2口目のいずれかを○で囲むこと。

添付書類

1 制度を脱退する場合

- (1) 福岡県心身障がい者扶養共済制度加入証書
- (2) 福岡県心身障がい者扶養共済制度口数追加証書

2 口数を減少する場合

福岡県心身障がい者扶養共済制度加入証書
又は福岡県心身障がい者扶養共済制度口数追加証書

注 氏名欄は、記名押印に代えて署名をすることができます。