

様式第9（第9条関係）

年 月 日

鹿児島市長 殿

届出者 住 所  
氏 名

鹿児島市重度身体障害者自立促進事業登録抹消届

年 月 日付けで上記事業の助成対象者に該当しなくなりましたので、登録を抹消してください。

登録番号	年度 第 号
受給対象者氏名	
住 所	
登 録 抹 消 理 由	1 死 亡 2 転出（市外） 3 障 害 程 度 4 車の不使用 5 そ の 他