

加入番号	
------	--

加入者等脱退（減少）届書

年 月 日

大阪府知事 様

(加入者)

住 所

氏 名

印

大阪府障害者扶養共済制度条例 第 1 8 条 第 1 項 第 4 号 の規定により、
第 1 8 条 第 2 項

年 月 日 付けで 障害者扶養共済制度を脱退 しますから
口 数 を 減 少

お届けします。

- 添付書類
- 1 大阪府障害者扶養共済制度加入証書
 - 2 大阪府障害者扶養共済制度口数追加証書