点字・声の広報給付取消届出書

年　月　日

　伊達市福祉事務所長

申請者住所

氏名　　　　　　　　　　印

（利用対象者との続柄：　　　）

　決定のあった点字・声の広報の給付について取消ししたいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 給付決定日 | 　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 給付対象者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 | 男・女 | 年　月　日生（　　歳） |
| 決定形態 | 点字広報・音声広報 |
| 取消理由 | 　 |