

様式第9号(第7条関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

市町名		受付 年月日		送付 年月日	
-----	--	-----------	--	-----------	--

加入番号	
------	--

基本掛金減免理由消滅報告書

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

(加入者)

住 所

氏 名

年 月 日付け 第 号により決定を受けた静岡県心身障害者扶養共済制度の基本掛金の減免については、次のとおり減免の理由となつた事実が消滅したので報告します。

減免の理由となつた事実が 消滅した年月日	年 月 日
減免を受けていた理由	