様式第23号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  加入番号 |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　岩手県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　加入者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

加入者等脱退（減少）届書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　心身障害者扶養共済制

　　心身障害者扶養共済制度から　　　　年　　月　　日付けで

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　口数の減少を

 度を脱退

　　　　　　しますからお届けします。

備考１　心身障害者扶養共済制度加入証書又は心身障害者扶養共済制度口数追加証書を

　　　　添付してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ４）