

第5号様式（第9条関係）

重度障害者寝具乾燥事業利用資格喪失届

年 月 日

（宛先）春日井市長

届出人 住所
氏名
電話番号

次のとおり寝具乾燥の利用資格を喪失したので、届け出ます。

利用者	氏名		生年月日	
	住所			
喪失理由				
喪失年月日		年 月 日		