

加入番号	
------	--

脱 退 (口 数 減 少) 届

年 月 日

山形県知事 氏 名 殿

住 所

氏 名

(記名押印又は署名)

山形県心身障がい者扶養共済制度条例第18条第1項第4号の規定により 年 月
第18条第2項第1号

日付で山形県心身障がい者扶養共済制度を脱退します。口数減少しますのでお届けします。