様式第5号（第4条関係）

丸亀市市民福祉年金受給権消滅届

　　　　年　　月　　日

丸亀市長　宛

住所

申請者

丸亀市市民福祉年金の受給権が消滅したので届け出ます。

記

１　受給者氏名

２　消滅の理由

ア　死亡したため

イ　市内に住所を有しなくなったため

ウ　その他（　　　　　　　　　　　　　　）

３　受給権消滅年月日　　　　　　年　　月　　日