

## 疾病扶助金に係る消滅・停止届出書

教 職 者 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	教会名	
消 滅 年 月 日	年 月 日	消滅事由	
上記のとおり消滅したので届け出します。			
年 月 日			
奉仕局長 殿			
届出者		住所	
		氏名	

(注) 用紙の大きさはB5にして下さい。