様式第15号

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。