

時津町健康奨励金辞退届

令和 年 月 日

時津町長 様

受給対象者 : _____

住所 : 時津町 郷 番地

生年月日 : 昭和 年 月 日

電話番号 : _____

(受給者本人の場合は記入不要)

届 出 者 : _____

私は、時津町健康奨励金の受け取りを辞退いたしますので、その旨
届け出ます。