

心身障害者福祉手当受給者異動届

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

小平市長 殿

住 所 小平市小川町2丁目〇〇番地

電 話 (042) 346-9540

氏 名 小平 太郎

申請の内容が変更になりました

下記のとおり心身障害者福祉手当の

ので届け出ます。

受給者資格が消滅しました

記

ふりがな 受給者氏名	こ へい た じ ぶ 小 平 太 郎		認定番号	第 号
申請の 内容が 変更にな りました	①小平市内で 住所が変更 ②氏名が変更 ③その他 ()	変 更 前	変 更 後	
		小平市 小川町1丁目〇〇番地	小平市 小川町2丁目〇〇番地	
異動事由	受給資 格が消 滅しま した	1 転出(転出先) 2 施設に入所(施設名) 3 辞退する 4 受給者が死亡 5 その他()		
異動事由が発生した日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日			

該当する番号を○で囲んでください。