

心身障害者福祉手当受給者異動届

〇〇年 3 月 31日

小平市長 殿

住所 小平市 小川町2-1333
電話 042 (346) 9540

氏名 小平 〇〇 小平 印

下記のとおり心身障害者福祉手当の ☐ 申請の内容が変更になりました ☒ 受給者資格が消滅しました ので届出ます。

記

ふりがな 受給者氏名	こだいら 小平 太郎	認 定 番 号	第 号
異 動 事 由	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
	受 給 資 格 が 消 滅 し ま し た	①. 転出 (〇〇県〇〇市〇〇10-2-3) 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	〇〇 年 3 月 31 日		

該当する番号を○で囲んでください。