

心身障害者福祉手当受給者異動届

年 月 日

小平市長 殿

住所 小平市

電話 ()

氏名

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		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
	受 給 資 格 が 消 滅 し ま し た	1. 転出 () 2. 施設に入所 (施設名) 3. 辞退する 4. 受給者が死亡 5. 障害要件非該当 6. その他 ()	変 更 後
異 動 事 由 が 発 生 し た 日	年 月 日		

該当する番号を○で囲んでください。