

心身障害者福祉手当受給者異動届

豊島区長

心身障害者福祉手当の(申請の内容が変更になった)  
受給資格が消滅した)ので届出します。

年 月 日

申請者 本人・代行者(続柄 )

氏名

電話番号

受付印

フリガナ			生年 月日	年 月 日
受給者氏名				
個人番号				
住 所	豊島区			
電話番号	( )			
異動事由 (該当する 番号を○で 囲んでくだ さい)	1 住所 (変更前)	(変更後)		
	2 氏名 (変更前)	(変更後)		
	3 その他( ) (変更前)	(変更後)		
異動事由が 発生した日	年 月 日			
消滅事由 (該当する 番号を○で 囲んでくだ さい)	1 豊島区の住民でなくなった。			
	2 身体障害の程度が3級未満となった。			
	3 知的障害の程度が4度未満となった。			
	4 手帳の等級変更により、手当が減額となった。(身体障害者手帳3級・愛の手帳4度)			
	5 難病患者福祉手当を受給した。			
	6 育成障害手当を受給した。			
	7 規則で定める施設に入所した。			
	8 辞退する。			
	9 死亡した。			
	10 その他( )			
消滅事由が 発生した日	年 月 日			

事務処理欄 以下記入不要です。

認定 番号		宛名 番号		受付		入力		検査	
----------	--	----------	--	----	--	----	--	----	--