

心身障害者福祉手当異動届

年 月 日

青 梅 市 長 殿

届出者
受給者 住 所
電 話 ()
氏 名

代行者 住 所
電 話 ()
氏 名

(障害福祉手当) (申請の内容が変更になった)
下記のとおり心身障害者福祉手当(難病手当)の(受給資格が消滅した)
ので届出ます。

記

受給者氏名			認定番号	第 号
異 動 理 由	1 住 所 2 氏 名 3 その他	変 更 前		変 更 後
	1 受給資格 の 消 滅	1 本市の住民でなくなった。 2 施設に入所した。(施設名) 3 辞退する。 4 その他支給の要件に該当しなくなった。 ()		
異動理由が発生した日		年 月 日		

該当する番号を○で囲んでください。