

特別障がい者手当・障がい児福祉手当・経過的福祉手当変更(喪失)届

藤沢市福祉事務所長

年 月 日

次のとおり届出をします。また、当該事業適用期間中は、市で保管する情報の範囲内で、事業に必要な情報を市が利用することに同意します。

受給者氏名

(受給者が20歳未満の場合は保護者の氏名。受給者が死亡の場合は提出者の氏名。)

手当の種類	☐ 特別障がい者手当 ☐ 障がい児福祉手当 ☐ 経過的福祉手当		
フリガナ			
受給者氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (年齢 歳)
住 所	電話 ()		個人番号
区 分	変更	☐ 氏名 ☐ 住所 ☐ 振込先口座 ☐ 配偶者・扶養義務者	
	喪失	☐ 死亡 ☐ 施設入所・入院 ☐ 障がいの程度が法施行令第1条に掲げる障がいの状態に該当しなくなった	
発生年月日	年 月 日		

	変 更 前				変 更 後			
氏 名								
住 所								
振込先口座	金融機関名				金融機関名			
	銀行／農協 信用金庫				銀行／農協 信用金庫			
	支店名		店番号		支店名		店番号	
	支店 出張所				支店 出張所			
	種別	口座番号(右づめ)			種別	口座番号(右づめ)		
	普通				普通			
	当座				当座			
	口座名義(カタカナ)				口座名義(カタカナ)			
配 偶 者 扶養義務者	氏 名		続 柄		氏 名		続 柄	
	理由							
施設入所 入 院	施 設 ・ 病 院 名							

提 出 者	☐ 受給者本人 ☐ 受給者本人以外(下の欄に記入)		
提出者氏名		受給者との関係	
提出者住所	☐ 受給者と同じ		電 話 ☐ 受給者と同じ ()

参事	主 幹	課長補佐	主査	担当者	備考	受付者