

第6号様式（第13条関係）

心身障害者（児）福祉手当受給者異動届

年 月 日

日 野 市 長 様

住所
電話（ ）

氏名 ㊟

下記のとおり心身障害者（児）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] ので届出ます。

記

ふりがな 受給者氏名	認定番号	第 号
異動事由	1. 住所 2. 氏名 3. その他（ ）	変更前 変更後
	受給資格 の消滅	1. 日野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。 （具体的に記入 ）
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。