

第6号様式の1(第13条関係)

心身障害者(児)福祉手当受給者異動届

年 月 日

(あて先)

日 野 市 長

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] ので届け
出ます。

記

| 受給者氏名 | | 認定番号 | 第 号 |
|------------|-------------|---|-----|
| 異 動 事 由 | 1 住所 | 変更前 | 変更後 |
| | 2 氏名 | | |
| | 3 その他() | | |
| | 受給資格 の消滅 | 1 日野市の住所でなくなった。 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。