

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18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	<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当 <input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当		
フリガナ			大正・昭和・平成・令和
受給者氏名	生年月日		年 月 日 (年齢 歳)
住所	電話 ()		個人番号
区分	変更	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> 配偶者・扶養義務者	
	喪失	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 施設入所・入院 <input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します		
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	<input type="checkbox"/> 受給者本人 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ		<input type="checkbox"/> 受給者と同じ 電話 ()

参事	主幹	課長補佐	主査	担当者	備考	受付者
本人確認書類	1点 マ・免・手帳・パスポ 2点 保・自立・年金・後見・その他()					