

厚木市心身障害者福祉手当口座等変更届

令和 年 月 日

(あて先) 厚木市長

私は、条例の内容及び次の各条件について了承した上で、申請します。

1 受給資格者本人について御記入ください。

受給資格者 (手帳所持者)	住所	厚木市
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	電話番号	

以下について、変更ある箇所のみ御記入ください。

2 次のとおり口座振込先を変更します。

【口座振替依頼書】(あて先) 会計管理者

口座	口座名義人	フリガナ											
		氏名											
	金融機関	金融機関名(該当に☑)				支店名(該当に☑)				種別			
		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合				<input type="checkbox"/> 本店(所) <input type="checkbox"/> 支店(所) <input type="checkbox"/> 出張所				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
金融機関コード(4ケタ)			支店コード(3ケタ)			口座番号(右づめで記入)							

3 次のとおり氏名及び住所を変更します。

氏名	
住所	厚木市

4 次のとおり障害者手帳の区分を変更します。(該当に☑)

36,000円	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳知能指数50以下 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級
26,000円	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳3・4級 <input type="checkbox"/> 療育手帳知能指数51~75 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳2級

5 受給資格が喪失したので届け出ます。

死亡	死亡した年月日	年 月 日
転出	転出年月日	年 月 日
施設入所 (特別養護老人ホーム又は 障害者支援施設に入所した場合は手当対象外)	入所年月日	年 月 日
	入所施設名	
その他(個人住民税課税、障がい程度の変更等)		

※以下について代理人申請の場合のみ御記入ください。

代理人氏名		対象者との続柄	
住所		連絡先	
送付先	<input type="checkbox"/> 本人宛 <input type="checkbox"/> 代理人宛 ( <input type="checkbox"/> 本手当の通知のみ <input type="checkbox"/> 当課からの送付物すべて )		

厚木市処理欄	
--------	--