第４条関係

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(該当に☑)
		□銀行 □金庫 □組合	□本店(所) □支店(所) □出張所	□普通 □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　受給資格が喪失したので届け出ます。

受給資格喪失	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）		

5　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	□身体障害者手帳１・２級　□療育手帳知能指数 50 以下　□精神障害者保健福祉手帳１級
26,000 円	□身体障害者手帳３・４級　□療育手帳知能指数 51～75　□精神障害者保健福祉手帳２級

※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	