厚木市心身障害者福祉手当口座等変更届

第４条関係

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 |  |