

厚木市心身障害者福祉手当受給資格者住所等変更届

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。太枠の中だけ御記入ください。

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	

2 変更のある箇所のみ御記入ください。

変更及び受給資格喪失 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 口座変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 受給資格喪失
----------------------	--

3 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

口座名義人	フリガナ			
	氏名			
口座	金融機関	金融機関名(該当に☑)	支店名(該当に☑)	種別(該当に☑)
		<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)	
	

4 次のとおり氏名及び住所を変更します。

氏名	
住所	厚木市

5 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)		

※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	