

第6号様式

心身障害者福祉手当異動届

年 月 日

東京都板橋区長 様

住 所
受給者 氏 名
連絡先 ()

住 所
代行者 氏 名
連絡先 ()

申請の内容が変更した
受給資格が消滅した
下記のとおり心身障害者福祉手当の
ので届け出ます。

記

フリガナ				認定番号	第 号
受給者氏名					
異動事項	1 住 所 2 氏 名 3 そ の 他 ()	変 更 前		変 更 後	
	4 受給資格の消滅	(1) 板橋区の住民でなくなった。 (2) 死 亡 (3) 施設に入所した。(施設名) (4) 辞 退 ・ 治 癒 (5) その他支給要件に該当しなくなった。 ()			
	異動が発生した日		年 月 日 (~ 年 月 日)		

(注) 1. 該当するところに○をご記入ください。