第６号様式（第10条関係）

心身障害者福祉手当異動届

　　　　　 　　　年　　月　　日

　練馬区長　殿

氏名

　　（手当受給者との続柄　 　　）

住所

電話

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　下記のとおり心身障害者福祉手当の | 申請内容が変更になった受給資格が消滅した | ので届け出ます。 |

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな受給者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 認定番号 | 第　　　号 |
| 変更事由 | 　□　住所　□　氏名　□　その他（　　　　　　　） | 変更前 | 変更後 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 消滅事由 | □　練馬区の住民でなくなった。□　施設に入所した。（施設名　　　　　　　　　　　　　　）□　辞退する。□　その他支給の要件に該当しなくなった。　　具体的に記入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 異動が発生した日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　 |

該当する□にレ印をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 電算 | 　 | 　 | 台帳 | 　 |