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 |  |