

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	<input type="checkbox"/> 住 所 <input type="checkbox"/> 氏 名 <input type="checkbox"/> そ の 他 ()	変 更 前	変 更 後		
消 滅 事 由	<input type="checkbox"/> 練馬区の住民でなくなった。 <input type="checkbox"/> 施設に入所した。(施設名) <input type="checkbox"/> 辞退する。 <input type="checkbox"/> 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	
----	--	----	--