

(第6・7号様式)

国立市心身障害者(児)福祉手当受給資格  
喪失届  
変更

平成 年 月 日

国立市長 殿

住所

電話 ( )

氏名

下記のとおり心身障害者(児)福祉手当の受給資格が喪失した  
申請の内容が変更になったので届け出ます。

記

| 受給者氏名    | ふりがな                     |  | 障害部位<br>等級・程度 | 級<br>度 |
|----------|--------------------------|--|---------------|--------|
|          |                          |  |               |        |
| 変更事項     |                          |  | 変更前           | 変更後    |
|          | 1. 住所                    |  |               |        |
|          | 2. 氏名                    |  |               |        |
|          | 3. その他( )                |  |               |        |
| 喪失事由     | 1. 本市の住民でなくなった<br>(転出先 ) |  |               |        |
|          | 2. 施設に入所した<br>(施設名 )     |  |               |        |
|          | 3. 辞退する                  |  |               |        |
|          | 4. その他支給要件に該当しなくなった( )   |  |               |        |
| 事由が発生した日 | 平成 年 月 日                 |  |               |        |

該当する番号を で囲んでください。