

心身障害者福祉手当受給者異動届

年 月 日

江 東 区 長 殿

下記の通り、心身障害者(難病)福祉手当の 申請内容に変更が生じた
受給資格が消滅した

ので、届出をします。

なお、本件について、関係機関に照会することに同意します。

異 動 前	ふりがな				認定番号
	受給者氏名				
	住所	江東区	丁目	番	号
	電話番号		障害の程度	級・	度・難病

異	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 転出	[新住所]
		TEL
動	<input type="checkbox"/> 氏名	
	<input type="checkbox"/> 扶養義務者	
事	<input type="checkbox"/> 施設入所	へ入所
	<input type="checkbox"/> 辞退	<input type="checkbox"/> 難病医療券失効： 年 月 日 付 <input type="checkbox"/> その他 [理由：]
由	<input type="checkbox"/> 死亡	年 月 日 死亡
	<input type="checkbox"/> 障害程度	<input type="checkbox"/> 身障手帳 種 級 号 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 度 東京都 第 号 年 月 日 交付・更新 (障害名) _____
		<input type="checkbox"/> 難病医療券 (疾病名) _____ 有効期間： 年 月 日～ 年 月 日
異 動 日	年 月 日	

届出者 _____ 続柄 _____

住 所 _____ 電話番号 _____

電算入力 返還金[有・無] その他

月期支給