

※ 整理番号	号	※ 受付年 月 日	年	月	日
障害児福祉手当 氏 名 特別障害者手当 住 所 変更届 (福祉手当) 支払金融機関					
(ふりがな)					
(新)氏名					
(新)住所	□□□□-□□□□		TEL ( )		
旧氏名					
旧住所					
(新)支払金融機関名					
旧支払金融機関名					
上記のとおり、届け出ます。 年 月 日  <div style="text-align: right;">住所 氏名</div> <div style="text-align: right;">Ⓜ</div>  支庁長様					
※ 受給者台帳変更年月日		年	月	日	

- ※の欄は記入しないでください。
- 字は楷書ではっきり書いてください。
- 住民票を添付してください。