

第6号様式（第10条関係）

## 心身障害者福祉手当異動届

令和 年 月 日

（宛先）東京都板橋区長 様

住所  
受給者 氏 名  
連絡先 ( )

住所  
代行者 氏 名  
連絡先 ( )

下記のとおり心身障害者福祉手当の申請の内容が変更した  
受給資格が消滅した  
ので届出ます。

記

フリガナ		認定番号	第	号
受給者氏名				
異動事項	1 住所 2 氏名 3 その他 ( )	変 更 前	変 更 後	
	4 受給資格 の消滅	(1) 板橋区の住民でなくなった。 (2) 死 亡 (3) 施設に入所した。(施設名 ) (4) 辞 退 (5) その他支給要件に該当しなくなった。 ( )		
異動が発生した日	年 月 日			

（注） 1. 該当するところに○をご記入ください。