様式第3号(第4条関係)

心身障害者福祉金受給資格消滅（変更）届

年　　月　　日

　（宛先）南砺市長

住所　南砺市

届出者

氏名　　　　　　　　　　印

TEL　　―

　下記の理由により南砺市心身障害者福祉金の受給資格が消滅(を変更)したので、届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給権者氏名 | 　 | 住所 | 南砺市 |
| 理由 | 死亡 | 　　　　　年　　月　　日　死亡 |
| 氏名の変更 | 　 |
| 住所の変更 | 　 |
| 保護者の変更 | 　 |
| 障害程度の変更 | 身体障害者手帳 | 級から　　　　　級に　 |
| 療育手帳 | から　　　　　　に　　 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 級から　　　　　級に　 |
| その他 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 消滅・変更事項の審査 | 　可　・否　・　消滅 |
| 決裁 | 裁定年月日　　　　　　・　　・ |
| 課長 | 係長 | 合議 | 主務 | 備考受付簿記入□　　　　　電算入力□ |
| 　 | 　 | 　 | 　 |