

越谷市重度心身障害者手当資格喪失届

令和 年 月 日

越谷市長 宛

届出者 住所
フリガナ
氏名
(※以下は受給者死亡の場合のみ記入)
受給者との関係
電話番号（日中連絡先）

次のとおり越谷市重度心身障害者手当の受給資格を喪失したので、届け出ます。

受給者の氏名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ				整理番号
	個人番号				※ 記入不要
受給者の住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ				
受給資格喪失事由	1 受給者が他の市町村に転出 2 死亡 3 障害の程度が非該当 4 障害児入所施設、障害者支援施設（生活介護）、特別養護老人ホーム等に入所 5 障害児福祉手当又は特別障害者手当を受給 6 その他（ ）				
事由の発生日	令和 年 月 日				

※ 受給者死亡の場合で、未受給の手当があるときは、受給者の配偶者、子その他相続人の方が、次のいずれかを選択（記入）してください。

- 1 未受給の手当について、請求・受領します。
(振込口座) 次のとおり 別紙写しのとおり

金融機関名	銀行・農協 信用金庫		本・支店(所) 出張所
種別	普通	フリガナ	
口座番号		口座名義人	

- 2 未受給の手当の請求・受領の権限を放棄します。

来庁者	氏名	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ
	電話	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ
	続柄	