

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

住 所

フリガナ

届出者 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
	※ 記入不要				
	個人番号	●	●	●	●
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"/> 上記申請者に同じ
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者に同じ
	電話	<input type="checkbox"/> 上記申請者に同じ
	続柄	