

難病者福祉手当受給者異動届

武蔵野市長 殿

届出者 住所

氏名 印

電話番号 ()

難病者福祉手当の（受給資格の内容等に変更があった・受給資格が消滅した）ので、武蔵野市難病者福祉手当条例第11条第 1 項及び武蔵野市難病者福祉手当条例施行規則第13条第 1 項の規定により、下記のとおり届け出ます。

なお、受給資格の認定に係る審査を受けるために必要な、受給資格者並びに受給資格者の配偶者及び扶養義務者の所得状況その他の受給資格に関わる情報を、武蔵野市の保有する公簿等により確認することに同意します。

記

		認定番号	第 号
受 給 者		住所	
		氏名	
変 更 事 項	1 住 所	変 更 前	変 更 後
	2 氏 名		
	3 保護者		
	4 振込先		
	5 その他		
	()		
消 滅 事 項	1 武蔵野市の住民でなくなったため		
	2 死亡のため		
	3 難病の医療受給者証等の交付を受けなくなったため		
	4 所得金額が受給資格の要件を満たさなくなったため		
	5 心身障害者福祉手当を受給したため		
	6 手当の支給について辞退するため		
	7 その他		
(具体的に記入)			
変更（消滅）事由発生年月日		年 月 日	