

- 特別障がい者手当
- 経過的福祉手当
- 障がい児福祉手当
- ()

心身障がい者福祉手当

特定疾患患者福祉手当

重度心身障がい者医療費※ (受給者番号 5000001)

記入例

手当・医療費 内容変更届

(あて先)宇都宮市長

** 該当事項に記入してください。 **

平成 19 年 11 月 1 日

受給者	現住所	宇都宮市 旭1-1-5 宇都宮ハイツ101			
	ふりがな	うつのみや たろう	生年月日	明大平	12 年 3 月 4 日
	氏名	宇都宮 太郎	印	昭	

変更種別(該当する項目の□にVを入れてください。)

送付先住所 支払希望金融機関

	変更後	変更前
送付先住所	〒住所	〒住所
	_____	_____
	氏名	氏名
	TEL _____	TEL _____

*** 振込先は、受給者本人名義の普通預金口座になります。ゆうちょ銀行には振込できません。 ***

支払希望金融機関	金融機関名	支店名(支店番号)	金融機関名	支店名(支店番号)
	〇〇銀行	宇都宮 支店(100)	△△銀行	宇都宮 支店(001)
	口座番号 9876543	口座番号 1234567	口座名義人(カタカナ) ウツミヤ タロウ	口座名義人(カタカナ) ウツミヤ タロウ

上記のとおり届け出ます。

申請者住所 宇都宮市旭1-1-5 宇都宮ハイツ101

申請者氏名 宇都宮 花子 印 受給者との続柄 妻

電話番号 632-1111

【提出先】障がい福祉課福祉サービスグループ TEL632-2363