

特殊疾病患者福祉手当受給者異動届

ふりがな 受給者氏名		認定番号	第 号	
異動事由	<input type="checkbox"/> 住所	変更前		変更後
	<input type="checkbox"/> 氏名			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
異動事由	受給資格の消滅	<input type="checkbox"/> 他の区市町村へ転出した。 <input type="checkbox"/> 特殊疾病が治癒した。 <input type="checkbox"/> 受給を辞退する。 <input type="checkbox"/> その他支給の要件に該当しなくなった。 (具体的に記入)		
異動事由が発生した日	年 月 日			

特殊疾病患者福祉手当の $\left(\begin{array}{l} \text{申請の内容が変更になった} \\ \text{受給資格が消滅した} \end{array} \right)$ ので届け出ます。

年 月 日

氏 名

武蔵村山市長 殿

備考 各項目の該当する□内にレ印をつけてください。