様式第8号(第17条、第18条関係)

障害児福祉手当(特別障害者手当・福祉手当)氏名(住所)変更届

年　　　月　　　日

　　田村市福祉事務所長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　　　印

　　次のとおり氏名(住所)を変更したので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者氏名 | フリガナ | 　 |
| 新 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 旧 | 　 |
| 受給者住所 | フリガナ | 　 |
| 新 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 旧 | 　 |
| 上記理由の発生した日 | 年　　　月　　　日 |

◎氏名変更の場合は、戸籍の抄本を添付してください。