

おとしより介護応援手当変更（消滅）届

（あて先）中央区長

住 所
氏 名
電話番号 （ ）

下記のとおり、おとしより介護応援手当の 申請の内容が変更になった
受給資格が消滅した ので届け出ます。

受 給 者 氏 名		認 定 番 号	第 号
変 更 事 由	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者手当の受給 <input type="checkbox"/> その他 ()	変 更 前	変 更 後
	<input type="checkbox"/> 受給資格の消滅	<input type="checkbox"/> 中央区の住民でなくなった。 <input type="checkbox"/> 手当の受給を辞退する。	
	<input type="checkbox"/> 受給資格の停止	<input type="checkbox"/> 施設に入所した。 <input type="checkbox"/> 支給の要件に該当しなくなった。 <div style="text-align: center; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> 具体的に記入 </div>	
異 動 日	年 月 日		

※ 各項目の該当する 内に 印をつけてください。

..... 区処理欄