

おとしより介護応援手当変更（消滅）届

（宛先）中央区長

住 所

氏 名

電話番号（ ）

次のとおり、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="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> 具体的に記入 </div>	
異 動 日	年 月 日		

（注） 各項目の該当する□内にレ印を付けてください。

..... 区処理欄