

※ 第		号		※受付年月日		年 月 日	
特別障害者手当・障害児福祉手当・経過福祉手当 住所（転入）・氏名・支払方法変更届							
(ふりがな)				個人番号			
受給資格者の氏名							
配偶者の氏名				個人番号			
扶養義務者の氏名				個人番号			
				個人番号			
住所・氏名	変更前						
	変更後						
金融 払 機 関 希 望	変更前		名称				
			口座番号				
	変更後		名称				
			口座番号				
変更が発生した日			年 月 日				
上記のとおり、特別障害者手当・障害児福祉手当・経過福祉手当に係る住所・氏名・支払方法変更について届け出ます。 年 月 日 高松市福祉事務所長 殿 氏名							

◎ ※の欄は記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

日中の連絡先（TEL番号）
 () —
 () —