

※ 整理番号		※ 受付年月日		年	月	日
特別障害者手当 氏 名 障害児福祉手当 住 所 変更届 福 祉 手 当 支払金融機関						
(ふりがな) (新) 氏 名					※ 受給者番号	
個人番号						
(新) 住 所		〒				
(旧) 氏 名						
(旧) 住 所		〒				
(新) 支払金融機関 名		金融機関名	種目	口座番号		
			普 通 当 座			
		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。				
(旧) 支払金融機関 名		金融機関名	種目	口座番号		
			普 通 当 座			
		<input type="checkbox"/> 公金受取口座利用中。				
氏 名 上記のとおり 住 所 を変更しましたので届け出ます。 支払金融機関 年 月 日 氏 名 北海道 振興局長 様						
※ 受給者台帳変更年月日		年		月	日	

注1 ※の欄は記入しないでください。

注2 氏名については、自筆による署名としてください。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができます。