

様式第3 (第11条関係)

										受 付		年		月		日			
愛知県特別障害者手当等 変 更 届																			
年 月 日																			
(宛先) 北名古屋市福祉事務所長 氏 名 (電 話)																			
次のとおり、愛知県特別障害者手当等の受給資格の変更を届け出ます。																			
氏 名	旧																		
	新																		
住 所	旧																		
	新	※ 住所コード															(郵便番号	—	)
		市 区 町 村																	
※ 身体障害者手帳	旧	発行機関	手 帳 番 号		交 付 年 月 日				障 害 部 位 (主な部位1箇所のみ)										
					元号	年	月	日	視 聴 音 肢 内										
		等 級	再 認 定 期 月																
			年		月														
		発行機関	手 帳 番 号		交 付 年 月 日				障 害 部 位 (主な部位1箇所のみ)										
					元号	年	月	日	視 聴 音 肢 内										
	新	等 級	再 認 定 期 月																
			年		月														
		発行機関	手 帳 番 号		交 付 年 月 日				障 害 部 位 (主な部位1箇所のみ)										
					元号	年	月	日	視 聴 音 肢 内										
		等 級	再 認 定 期 月																
			年		月														
※ 療育手帳	旧	発行機関	手 帳 番 号		交 付 年 月 日				判定区分		再 判 定 期 月								
					元号	年	月	日	A B C		年	月							
		発行機関	手 帳 番 号		交 付 年 月 日				判定区分		再 判 定 期 月								
	新				元号	年	月	日	A B C		年	月							
		発行機関	手 帳 番 号		交 付 年 月 日				判定区分		再 判 定 期 月								
					元号	年	月	日	A B C		年	月							
※認定年月日	年	月	日	※支給開始月		年	月	※手 当 種 別		※障害区分		※認定却下							
※備考																			

注：手当を支給する金融機関及び口座は、国制度の手当と同じとします。

注1. 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

注2. ※欄は記入しないで下さい。

注3. 字は楷書ではっきりと書いてください。