※　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	
	□　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	
	□　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

北海道日高振興局長　　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。