決裁	課長	課長補佐	係長	主任	係

第五号様式

年　月　日

池 田 町 長　殿

申請者　　住 所 池田町
氏 名
電話番号

池田町障害者福祉給付金異動届

次のとおり異動がありましたので届け出ます。

異動者氏名		キーコード	
		認 定 番 号	
異 動 事 項	1 住所　2 氏名　3 振込先金融機関　4 障害の程度変更 5 資格消滅　6 その他（　　）		
異動が生じた年月日	年　月　日		
	変 更 前	変 更 後	備 考
住 所			
氏 名			
振込先金融機関			
障害の程度変更			
資格消滅理由	1　障害程度が軽くなった 2　障害者が死亡した（ 身体・療育・精神　　級 ） 3　町内に住所がなくなった 4　その他 （　　）		
そ の 他			