

様式第 1 0 号

千葉県心身障害児童福祉手当
受給者変更承認申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

申請者氏名

次のとおり受給者を変更したいので申請します。

① 現在の受給者及び対象児童について

フリガナ 受給者氏名		フリガナ 児童氏名	
住 所	千葉市		

② 新たに受給者となる者について

フリガナ 氏 名		対象児童 との続柄	
住 所	千葉市		

③ 支払希望金融機関について

金 融 機 関 名		支 店 名		区 分	普 通 預 金
銀 行		支 店			
フリガナ 名義人氏名				口 座 番 号	

④ 受給者を変更する理由

1	受給者が死亡した。	(	年	月	日)
2	その他	(	具体的な理由	)	