

## 様式第4号

## 千葉市心身障害者福祉手当障害程度変更届

年 月 日

(あて先) 千葉市長

届出者氏名

次のとおり届出します。

## ① 受給者氏名・住所・連絡先

フリガナ 氏名		住 所	千葉市
連絡先電話番号	— —		
連絡先電子メールアドレス	@		

## ② 障害程度の変更内容

変更のあったものに○をつけ〔 〕内にも記入してください。			
1 療 育 手 帳	〔旧手帳の程度	種	級〕
2 身 体 障 害 者 手 帳	〔旧手帳の程度	種	級〕
3 精神障害者保健福祉手帳	〔旧手帳の程度	種	級〕
4 その他 (具体的に記入してください。)	〔 ]		
上記変更の発生した年月日		年	月 日
現在の療育手帳 の 内 容	第 号 程度 ( )		
	交付年月日	年 月 日	手帳なし
現在の身体障害者 手帳の 内 容	県・市 第 号 種 級		
	交付年月日	年 月 日	
現在の精神障害者 保健福祉手帳の 内 容	県・市 第 号 級		
	交付年月日	年 月 日	
	有効期限	年 月 日	
	精神障害者保健福祉手帳1級の交付を受けていることを根拠として心身障害者 福祉手当の支給を受けるにあたり、当該手当の支給を受けている間、手帳の内 容について千葉市が調査することに同意します。氏名 _____ (※)		
	(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		