

様式第 4 号

千葉市中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 〕			
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 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（ ）		手帳なし
	交付年月日 年 月 日		
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。			