

様式第7号(第10条関係)

ねたきり老人等手当異動(消滅)届

年 月 日

朝霞市長 宛

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日( 歳)

電 話 - -

下記のとおりねたきり老人等手当の〔申請の内容が変更になった〕  
〔受給資格が消滅した〕ので、届け出ます。

記

受給者氏名		認定番号	第 号
異動事由		変 更 前	変 更 後
	<input type="checkbox"/> 住 所 <input type="checkbox"/> 氏 名 <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 受給資格 の消滅	<input type="checkbox"/> 朝霞市の住民でなくなった。 <input type="checkbox"/> 施設に入所(入院)した。 (施設等の名称 ) <input type="checkbox"/> 手当の受給を辞退する。 <input type="checkbox"/> その他受給の要件に該当しなくなった。 具体的に記入	
異動が発生した日	年 月 日		

各項目の該当する□内にレ印を付けてください。

※ 下の欄は記入しないでください。

受 付	受 付 番 号	決 定	決 定 番 号	台 帳 処 理
年 月 日	No.	年 月 日	第 号	