

柏市福祉手当受給権消滅・**変更届**

〇〇年〇〇月〇〇日

柏市長 柏市柏五丁目10番1号
 あて 届出者
 住所： 柏市柏五丁目10番1号
 氏名： 柏 太郎 (印)
 対象者との続柄 (本人)

柏市福祉手当受給権について次のとおり届出します。

対象者	氏名	カシワ タロウ 柏 太郎	生年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日生
	住所	柏市柏五丁目10番1号 電話番号 (04-7167-1136)		
消滅	1 転出	転出先： 転出年月日： 年 月 日		
	2 死亡	死亡年月日： 年 月 日		
	3 施設へ入所	入所施設名： 入所年月日： 年 月 日		
	4 その他			
振込先	金融機関名 〇〇 銀行 〇〇 支店 口座番号 (普通) 1233456 (フリガナ) カシワ タロウ 口座名義 柏 太郎 *口座名義人死亡の場合は必ず記入			
変更内容	変更後			
	変更前	<input checked="" type="checkbox"/> 口座 ・ 等級変更 ・ 住所 ・ 氏名 ・ その他		