第５号様式

柏市福祉手当受給権消滅・変更届

令和　　年　　月　　日

柏市長　　あて

届出者
住 所：
氏 名：　　㊞
対象者との続柄（　　）

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		生 年 月 日	年　月　日生
	住 所	電話番号（　　）		
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　　銀行　　支店			
	口座番号　（普通）			
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 口座名義			
	＊口座名義人死亡の場合は必ず記入			
変更内容	変更後			
	口座 ・ 等級変更 ・ 住所 ・ 氏名 ・ その他			
	変更前			