

# 福祉サービス利用者等異動届

年 月 日

(宛先) 札幌市 区保健福祉部長

届出人 氏名 \_\_\_\_\_ (利用者との続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

利(受給資格者)	ふりがな _____	電話 _____	
	氏名 _____	年 月 日生 ( 歳) FAX _____	
	個人番号: _____	※高齢福祉サービス以外の手続の方は記入	
	住所 _____ 区 _____		
施設名 (入所・通所) _____			
対象児童	ふりがな _____	生年月日 _____	年 月 日生
	氏名 _____	続柄 _____	
	個人番号: _____		

次のとおり届け出いたします。

居住地変更 ・手帳(身体・療育・精神) ・障害福祉サービス ・高齢福祉サービス ・特別障害者手当等	本人	旧住所	異動年月日 . .
	保護者	新住所	電話 _____
		旧住所	電話 _____
氏名変更 ・手帳(身体・療育・精神) ・障害福祉サービス ・高齢福祉サービス ・特別障害者手当等	本人	旧氏名	異動年月日 . .
	保護者	新氏名 _____ (本人との続柄 _____)	異動年月日
		旧氏名	. .
保護者の変更 ・障害福祉サービス	変更後	住所 _____	異動年月日
		氏名 _____ (本人との続柄 _____) 電話 _____	
介護者の変更 ・入浴サービス	変更前	住所 _____	. .
		氏名 _____ (本人との続柄 _____) 電話 _____	
死亡・廃止 入退院(所)届 ・手帳(身体・療育・精神) ・障害福祉サービス ・高齢福祉サービス ・施設利用者(高齢)	死亡日 _____ 年 月 日	障がい非該当日 _____ 年 月 日	
	辞退 _____ 年 月 日	辞退するサービス _____	
	辞退理由: _____		
	入院(所)日・退院(所)日 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 機関名 _____		
手当喪失 ・特別障害者手当等	死亡日 _____ 年 月 日	障がい非該当日 _____ 年 月 日	
	経過的福祉手当受給資格者の障害年金等受給日 _____ 年 月 日		
	障害児福祉手当受給資格者の満20歳到達日又は年金受給日 _____ 年 月 日		
	入院日・入所日 _____ 年 月 日 機関名 _____		
手当関係 支払金融機関変更 障がい者・障がい児 名義	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します→口座情報の記入・通帳等の写しは不要です		
	国に事前に登録した公金受取口座の情報について、札幌市及び各区が個人番号を基に情報照会を行うことに同意します		
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座の利用をやめます →下記に口座情報を記入・通帳等の写しを添付してください		
	金融機関名 _____	支店名 _____	
普通・当座 口座番号 _____	口座名義人 _____		

※ 精神障害者保健福祉手帳に関する分については、あて先を「札幌市長」に読み替えます。

様式5 (裏)

世帯員の異動	氏名	続柄	生年月日	職業	異動事由	異動年月日
・身障手帳					転入・転出・死亡	・ ・
・療育手帳					転入・転出・死亡	・ ・
・精神手帳					転入・転出・死亡	・ ・
・障害福祉サービス					転入・転出・死亡	・ ・
・高齢福祉サービス					転入・転出・死亡	・ ・
・特別障害者手当等					転入・転出・死亡	・ ・

身障手帳	手帳番号 第 号、種 級、交付年月日 年 月 日					
(障害種別)	視覚・聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく・上肢・下肢・体幹・脳原上肢・脳原移動 心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・免疫・肝臓					
療育手帳	手帳番号 第 号、 A・B・B 交付年月日 年 月 日					
精神手帳	手帳番号 第 号、 級、交付年月日 年 月 日					
手 当	特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 ・ 経過的福祉手当					
交通費助成	福祉乗車証等 有・無 福祉タクシー利用券 有・無 福祉自動車燃料助成券 有・無					
年金受給	国民年金(老齢・障害・その他)、厚生年金(老齢・障害・遺族) 労災年金(障害・障害補償・疾病補償・遺族)、共済年金(老齢・障害・遺族)、その他					
健康保険の加入	国保・協会けんぽ・組合管掌・共済組合 ( ) 船員・後記高齢・未加入 (生保・その他)					取扱者氏名
備 考						

未 支 払 手 当 請 求 書						
(宛先) 札幌市 区保健福祉部長		年 月 日				
受給資格者が死亡したので、以下のとおり未支払の		特別障害者手当		障害児福祉手当		
		経過的福祉手当		を請求します。		
請求者		住 所 _____				
		氏 名 _____ (本人との続柄 _____)				
		電話番号 _____				
受給資格者氏名		生年月日	年 月 日			
未支払の期間	年 月から 年 月まで	か月	未支払金額	円		
請求の順位	配偶者 有・無	子 有・無	父母 有・無	孫 有・無	祖父母 有・無	兄弟姉妹 有・無
支払方法	金融機関名		支店名			
	普通・当座 口座番号		口座名義人			
未支払の手当を請求しない理由						
添付書類						
① 受給資格者の死亡の事実を明らかにする書類 (例) 除票となった住民票又は戸籍抄本						
② 受給資格者の死亡時において、受給資格者と請求者の生計同一関係及び相互の身分関係を明らかにできる書類 (例) 請求者の世帯全員の住民票(住民票で明らかにできない場合は、別に戸籍謄本又は戸籍抄本)						
③ 請求者名義の通帳等の写し						
※ 上記①及び②の書類は、提出を省略できる場合がありますので、提出先の区保健福祉課にご確認ください。						