

様式第3号 (第9条関係) (平28規則78)

重度障害者在宅介護支援給付金受給資格者等異動届

年 月 日

大阪府知事 様

届出者

住所

受給資格者氏名

電話番号()

次のとおり異動があったので、大阪府重度障害者在宅介護支援給付金の支給に関する規則第9条の規定により届け出ます。なお、知事が必要と認めるときは、知事が下記の事項について調査を行うことに同意します。

認定番号 大阪府 第 号	重 度 障 害 者 氏 名	フリガナ	受 給 資 格 者 氏 名	フリガナ
--------------------	---------------------	------	---------------------	------

異動事由 (該当する□に印をつけてください。)

	変 更 前	変 更 後
<input type="checkbox"/> 住 所	(〒 -)	(〒 -)
<input type="checkbox"/> 重度障害者 氏名	フリガナ	フリガナ
<input type="checkbox"/> 受給資格者 氏名	フリガナ	フリガナ
<input type="checkbox"/> 振込口座 (銀行名)		
(支店名)		
(口座番号)	普通	普通
(口座名義)	(カカカ)	(カカカ)
<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 受給資格の 喪失等	<input type="checkbox"/> 施設に入所した。(施設名) <input type="checkbox"/> 医療機関に継続して3箇月を超えて入院した。 (医療機関名) <input type="checkbox"/> 特別障害者手当を受給した。(月分から受給) <input type="checkbox"/> 大阪府重度障害者在宅介護支援給付金の支給に関する規則第10条第1項第3号に該当する。 <input type="checkbox"/> 受給資格者が重度障害者と同居する介護者でなくなった。 <input type="checkbox"/> 辞退する。 <input type="checkbox"/> 大阪府の区域に居住しなくなった。 <input type="checkbox"/> 重度障害者が死亡した。 <input type="checkbox"/> 受給資格者が死亡した。	市町村収受印
異動が発生した日	年 月 日	