様式第13号

仙台市外国人高齢者等福祉手当
資　格　変　更・喪　失　届

○　年　○　月　○　日

（あて先）仙台市長

住所 ○○○○○○○

TEL　　－　000－0000

氏名 ○　○　○　○

受給資格者との続柄　（本　人・代理人）

認定番号	第　000　号	
受給資格者氏名	○　○　○　○　（男・女）	生年月日　0000年　00月　00日

変　更　届　（該当する項目にだけ，変更後の内容を記入してください）

住所変更	〒000-0000　仙台市　○○　区○○○ TEL　　－	
氏名変更	フリガナ	□ 公的年金受給状況変更 □ 生活保護の受給 □ 支援給付の受給 □ 特別障害者手当，経過的福祉手当，仙台市重度障害者福祉手当，仙台市外国人重度障害者福祉手当の受給 □ 養護老人ホーム等への措置入所 □ 開始（　　年　　月　　日から） □ 終了（　　年　　月　　日まで）
振込口座変更 注）名義は受給者本人のもの	銀行　信金 信組　農協 支店 口座番号	
その他		月額　　円 年金種別又は手当等名：
		※　上記の項目は，事実を証明する書類を添付してください

喪　失　届　（該当する項目のみ記入してください）

市外転出	転出先〔　　市・町・村・区〕／転出年月日（　　年　　月　　日）
受給者死亡	死亡年月日　　年　　月　　日
※　受給者死亡の項目は，事実を証明する書類を添付してください	